

Aus der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Direktorin: Frau Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

---

Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei":  
Evaluation eines spezialisierten  
Versorgungsangebotes

D i s s e r t a t i o n s s c h r i f t  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)  
vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus  
der Technischen Universität Dresden

von  
Dipl.-Psych. Michaela Galle  
aus Finsterwalde

Dresden 2017

1. Gutachter: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

2. Gutachter:

Tag der mündlichen Prüfung (Verteidigungstermin):

gez.: \_\_\_\_\_

Vorsitzender der Promotionskommission

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	4
1 EINLEITUNG.....	5
2 THEORETISCHER HINTERGRUND.....	6
2.1 Die Schwangerschaft und der Übergang zur Elternschaft als bedeutsames Lebensereignis und Anpassungsprozess.....	6
2.2 Prävalenz psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit .....	6
2.3 Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit.....	8
2.3.1 Babyblues .....	8
2.3.2 Depressive Störungen.....	8
2.3.3 Bipolar-affektive Störungen .....	11
2.3.4 Angst- und Zwangsstörungen.....	11
2.3.5 Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen .....	14
2.3.6 Postpartale Psychosen.....	15
2.4 Auswirkungen psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit.....	15
2.4.1 Auswirkungen auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf.....	15
2.4.2 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung .....	16
2.4.3 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung .....	18
2.4.4 Auswirkungen im Adoleszenz- und Erwachsenenalter .....	20
2.5 Versorgung psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit.....	20
2.5.1 Allgemeine Versorgungsstrukturen.....	21
2.5.2 Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit .....	23
2.5.3 Multiprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Dresden .....	25
2.5.3.1 Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei".....	25
2.5.3.2 Mutter-Kind-Tagesklinik.....	26
2.5.3.3 Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett.....	26
2.6 Grenzen und Problembereiche in der Versorgung.....	27
2.6.1 Strukturelle Probleme.....	27
2.6.2 Therapeutische Unsicherheiten.....	27

2.6.3	Defizite in der Erkennung psychischer Probleme .....	28
2.6.4	Therapieinanspruchnahmeverhalten .....	29
2.7	Einflussfaktoren auf die Therapieinanspruchnahme .....	31
3	FRAGESTELLUNGEN .....	34
4	METHODEN.....	36
4.1	Modellprojekt "Psychisch gesund für Zwei" .....	36
4.2	Untersuchungsdesign und -ablauf .....	36
4.3	Stichprobenbeschreibung.....	40
4.4	Drop-out-Analyse .....	41
4.4.1	Drop-out-Analyse in der Schwangeren-Stichprobe .....	41
4.4.2	Drop-out-Analyse in der Postpartal-Stichprobe.....	42
4.4.3	Drop-out-Analyse in der Gesamt-Stichprobe .....	43
4.5	Erhebungsinstrumente .....	43
4.5.1	Aufnahme- und Verlaufsbogen.....	43
4.5.2	Evaluations-Fragebogen .....	44
4.5.3	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-VI (SKID I).....	44
4.5.4	Global Assessment of Functioning-Skala (GAF-Skala).....	44
4.5.5	Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS).....	45
4.5.6	Brief Symptom Inventory (BSI) .....	46
4.5.7	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU) .....	48
4.5.8	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) .....	48
4.6	Statistische Auswertung .....	50
5	ERGEBNISSE .....	52
5.1	Beschreibung der Patientinnen .....	52
5.1.1	Soziodemografie .....	52
5.1.2	Allgemeine schwangerschafts- und geburtsspezifische Merkmale .....	53
5.1.3	Häufigkeiten von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.....	53
5.1.4	Häufigkeiten psychischer Störungen .....	55
5.2	Evaluation der Spezialsprechstunde .....	57
5.2.1	Beurteilung der Sprechstunde .....	57

5.2.2	Zuweisender Fachbereich, Wartezeit und Anzahl der Termine.....	59
5.2.3	Zufriedenheit mit Behandlungsempfehlungen und Weitervermittlung .....	60
5.3	Behandlungsbedarf und Behandlungsinanspruchnahme.....	61
5.4	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie .....	63
5.5	Verlauf des psychischen Befindens.....	65
6	DISKUSSION .....	71
6.1	Beschreibung der Patientinnen .....	71
6.2	Evaluation der Spezialsprechstunde .....	72
6.3	Behandlungsbedarf und Behandlungsinanspruchnahme.....	74
6.4	Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie .....	76
6.5	Verlauf des psychischen Befindens.....	78
6.6	Methodenkritik.....	80
6.7	Klinische Implikationen und Ausblick .....	82
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	85
8	ERKLÄRUNGEN .....	91
9	LITERATURVERZEICHNIS .....	94
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	113
11	TABELLENVERZEICHNIS.....	114
12	ANHANG .....	116

## ABKÜRZUNGSSVERZEICHNIS

ANGS	Ängstlichkeit
AGGR	Aggressivität/Feindseligkeit
BSI	Brief Symptom Inventory
Bzw.	beziehungsweise
DEPR	Depressivität
df	Zahl der Freiheitsgrade
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. 4. Ausgabe
eins.	einseitige Testung
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
et al.	Und andere
F	Prüfgröße der Varianzanalyse
GSI	Global Severity Index.
ICD-10	International Classification of Diseases. Zehnte Ausgabe
MW	Mittelwert
N	Stichprobenumfang der Gesamtstichprobe
n	Stichprobenumfang von Teilstichproben
p	Signifikanzniveau
PARA	paranoides Denken
PHOB	phobische Angst
PSYCH	Psychotizismus
SD	Standardabweichung
SEM	Standardfehler (standard error of the mean)
SKID I	Standardisiertes Klinisches Interview für DSM-IV
SOMA	Somatisierung
SP	Stichprobe
T	Prüfgröße des T-Tests
u. a.	Unter anderem
UNSI	Unsicherheit im Sozialkontakt
ZWAN	Zwanghaftigkeit
$\chi^2$	Prüfgröße des chi-Quadrat-Tests

## 1 EINLEITUNG

Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit sind mit 10-15% häufig und erhalten aufgrund ihrer weitreichenden negativen Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, Mutter-Kind-Beziehung und die körperliche, emotionale und soziale kindliche Entwicklung eine ganz besondere Bedeutung (Andersson et al., 2004a, b; Alder et al., 2007; Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Reck, 2012). Möglichst jede betroffene Frau sollte frühzeitig identifiziert werden und eine zeitnahe, indikationsspezifische und im besten Falle multiprofessionelle Behandlung erhalten, um weitere Komplikationen zu vermeiden (Weidner et al., 2015). Dieser Forderung gegenüber steht jedoch eine schlechte Versorgungslage. Einer epidemiologischen Studie zufolge befinden sich nur 5,5% der schwangeren Frauen mit einer psychischen Diagnose in Behandlung (Andersson et al., 2003). Neben dem Mangel an adäquaten Versorgungsangeboten spielen auch andere Faktoren eine Rolle (u.a. therapeutische Unsicherheiten oder widersprüchliche therapeutische Angaben, mangelnde Früherkennung, Stigmatisierungsängste), die eine Inanspruchnahme von Behandlung verhindern (von Ballestrem & Weigle, 2012). Vor allem niedrigschwellige Angebote, die einen schnellen Beratungs- bzw. Behandlungszugang ermöglichen, sind notwendig. An dieser Stelle knüpft die Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei" an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden an. Als ein niedrigschwelliges Angebot stellt sie für viele Frauen eine erste Anlaufstelle bei psychischen Belastungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit dar.

Doch wie sind die Frauen, die das Sprechstundenangebot aufsuchen charakterisiert und wie wird das Angebot aus Patientinnensicht bewertet? Wie gut werden die in der Sprechstunde ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt, was sind Einflussfaktoren auf die Umsetzung einer empfohlenen Psychotherapie und wie ist der Verlauf des psychischen Befindens? Vor dem Hintergrund, die Therapie- und Beratungsangebote am Dresdner Universitätsklinikum für Frauen mit peripartalen psychischen Störungen zu verbessern, um Versorgungsdefizite aufzudecken und Möglichkeiten für eine Optimierung abzuleiten, werden diese Fragen in der vorliegenden Untersuchung beantwortet. Damit stellt die Dissertationsschrift eine Erweiterung im Bereich der Versorgungsforschung für Frauen in Schwangerschaft und Postpartalzeit dar und liefert neue Impulse und praktische Konsequenzen für die Arbeit in der Spezialsprechstunde.

## **2 THEORETISCHER HINTERGRUND**

### **2.1 Die Schwangerschaft und der Übergang zur Elternschaft als bedeutsames Lebensereignis und Anpassungsprozess**

Die Schwangerschaft ist für nahezu alle Frauen ein subjektiv bedeutsames Lebensereignis. Sie bringt neue soziale Rollen und Lebensaufgaben mit sich und ist stark von körperlichen und psychischen Veränderungen geprägt, die spezifische Anpassungsleistungen bei der Frau verlangen (Ehlert et al., 2003). In unserem Kulturkreis kommt es bei jeder Schwangeren in einem gewissen Maß zu Veränderungen im beruflichen Bereich, in der Partnerbeziehung und im sozialen Umfeld (Rauchfuß, 2002). Paare, die ein gemeinsames Kind erwarten, verwirklichen möglicherweise ein wichtiges Ziel ihrer gemeinsamen Lebensplanung, andererseits geben sie dafür unter Umständen materielle und berufliche Vorteile auf und übernehmen ein hohes Ausmaß an Verantwortung (Ehlert et al., 2003).

Manche Frauen erleben die Zeit der Schwangerschaft und den Übergang zur Elternschaft überwiegend als positiv, Gefühle wie Glück, frohe Erwartung, Zuversicht und Freude sind vorherrschend. Bei einem Teil der Frauen kann es während dieser Zeit jedoch zu Ängsten oder Unsicherheiten bezüglich der Schwangerschaft und der zukünftigen Mutterrolle, zu Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit und einer erhöhten Sensibilität kommen (Rhode & Dorn, 2007). Zum Ende der Schwangerschaft können Befürchtungen, Sorgen und Geburtsängste zunehmend auftreten (Brechtwoldt et al., 2008).

Leichte Stimmungsveränderungen können durch eine einfühlsame und unterstützende Betreuung des Frauenarztes oder der Hebamme aufgefangen werden. Treten jedoch ausgeprägte reaktive Symptome oder manifeste psychische Störungen auf, ist eine psychotherapeutische Begleitung, qualifizierte Diagnostik und Therapie dringend notwendig (Ehlert, 2004; Rohde & Dorn, 2007).

### **2.2 Prävalenz psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit**

Sowohl in der Schwangerschaft als auch in der Postpartalzeit findet man das gesamte Spektrum psychischer Störungen, die auch unabhängig von diesen Lebensphasen bekannt sind: Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, somatoforme und Substanzstörungen, komorbide Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder Psychosen. Dabei weisen depressive und Angststörungen die größte Prävalenz und Inzidenz auf (Andersson et al., 2003; Bennett et al., 2004; Leight et al., 2010). Insbesondere bei erhöhter Vulnerabilität oder psychischen Erkrankungen in der Anamnese können die Schwangerschaft und Postpartalzeit als



klassische Schwellensituationen im Leben einer Frau ein auslösender Faktor für das (Wieder-)Auftreten einer psychischen Störung darstellen (Junge-Hoffmeister et al., 2010). Ebenso können bei der Geburt eines Kindes bisher eher verdeckte Konflikte aus der eigenen Kindheit und Erziehung zum Vorschein kommen und sich negativ auf die psychische Gesundheit der Mutter auswirken (Leight et al., 2010). Entgegen der allgemeinen gesellschaftlichen Erwartungshaltung erleben Betroffene die Schwangerschaft und, oder die Zeit nach der Geburt nicht als schönstes Lebensereignis einer Frau, sondern leiden z.B. unter einer depressiven Verstimmung, Schuldgefühlen, Ängsten und Sorgen, Zwangsgedanken oder Schwierigkeiten, Muttergefühle zu empfinden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick zu den in der Literatur berichteten Prävalenzraten psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, die auf der Grundlage diagnostischer Interviews berechnet wurden.

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit unter Verwendung diagnostischer Interviews nach DSM-IV und ICD-10.

	Schwangerschaft	Postpartalzeit
<b>Babyblues</b>	----	50-80% <sup>1</sup>
<b>Depressive Störungen</b>	Punktprävalenz: 1. Trimenon: 7,4% <sup>2</sup> , 11% <sup>3</sup> 2. Trimenon: 12,8% <sup>2</sup> , 8,5% <sup>3</sup> 3. Trimenon: 12% <sup>2</sup> , 8,5% <sup>3</sup>	Punktprävalenz: 6,1% <sup>4</sup> , 12,9%
<b>Bipolar-affektive Störung</b>	2,8% <sup>5</sup>	2,9% <sup>5</sup>
<b>Angststörungen (allgemein)</b>	6,6 - 13% <sup>5,6</sup>	11 - 12,3% <sup>4,5</sup>
Spezifische Phobien	9,2 - 19,9% <sup>5,7</sup>	8,7% <sup>5</sup>
Soziale Phobie	1,8 - 2,7% <sup>5,7</sup>	1,0 - 4,1% <sup>5,9</sup>
Panikstörung (mit/ ohne Agoraphobie)	1,3 - 2,2% <sup>5,8</sup>	1,4 - 2,5% <sup>5,8</sup>
Generalisierte Angststörung	1,3%-8,5% <sup>5, 8, 10</sup>	4,4 - 8,2% <sup>8, 10</sup>
Zwangsstörung	0,2 - 1,6% <sup>8, 10</sup>	2,7 - 3,9% <sup>8, 10</sup>
<b>Anpassungsstörungen nach Verlust/ Geburt eines behinderten Kindes</b>	---	30 - 40% <sup>11</sup>
<b>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</b>	0 - 7,7% <sup>8,10</sup>	0 - 6,9% <sup>8,10</sup>
<b>PTBS nach der Geburt</b>	---	1 - 2% <sup>11</sup>
<b>Postpartale Psychose</b>	---	0,1 - 0,2% <sup>11</sup>
<b>Substanzstörungen</b>	14,6% <sup>5</sup>	12,0% <sup>5</sup>

Anmerkungen. <sup>1</sup>Henshaw, 2003; <sup>2</sup>Bennett et al., 2004; <sup>3</sup>Gavin et al., 2005; <sup>4</sup>Reck et al., 2008; <sup>5</sup>Vesga-Lopez et al., 2008; <sup>6</sup>Andersson et al., 2003; <sup>7</sup>Zar et al., 2002; <sup>8</sup>Ross & McLean, 2006; <sup>9</sup>(Wenzel et al., 2005; <sup>10</sup>Grigoriadis et al., 2011; <sup>11</sup>Rohde, 2004.

## **2.3 Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit**

Bei psychischen Störungen in der Peripartalzeit (Schwangerschaft und Postpartalzeit) wird von einer multifaktoriellen Ätiologie ausgegangen, bei der hormonelle Faktoren, psychosoziale Einflüsse, Persönlichkeitseigenschaften, die Lebenssituation, eigene sowie fremde Erwartungshaltungen sowie somatische und psychologische Belastungen durch die Schwangerschaft und die Geburt beteiligt sind (Rohde, 2001).

Im Folgenden werden einzelne Störungsbilder und deren wichtige Charakteristika in Bezug auf die Peripartalzeit erläutert. Als ergänzende Darstellung der Phänomenologie psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit wird auf Weidner et al. (2012) und Junge-Hoffmeister et al. (2010) verwiesen.

### **2.3.1 Babyblues**

Der sogenannte „Babyblues“ (oder auch "Heultage") ist durch eine kurz anhaltende leichte depressive Verstimmung gekennzeichnet und tritt ab dem 2. oder 3. Tag nach der Geburt auf (Junge-Hoffmeister et al., 2010). Er ist von einer postpartalen Depression abzugrenzen und stellt eine Art vorübergehende emotionale Anpassungsreaktion der Mutter an die vielfältigen biologischen Veränderungen (z.B. starker Östrogenabfall sowie Stresshormonausschüttung) und psychosozialen Herausforderungen des neuen Lebensabschnitts dar (Kapfhammer, 2005). Typische Symptome sind Weinerlichkeit, Traurigkeit, Affektlabilität, Empfindlichkeit, Sorgen um das Kind und Erschöpfung. Der Babyblues klingt spätestens 14 Tage nach der Geburt wieder ab und ist nicht behandlungsbedürftig (Weidner et al., 2012a). Es ist allerdings zu beachten, dass ein vorangegangener Babyblues das Risiko für die Entwicklung einer depressiven oder Angststörungen bedeutsam erhöht (Reck et al., 2009). So lag die Prävalenz für den Übergang vom Babyblues zu einer behandlungsbedürftigen Depression in einer deutschen Studie bei etwa 55,2 % (Reck et al., 2009). Bedeutsame Prädiktoren für den Babyblues sind eine depressive Symptomatik in der Schwangerschaft, eine konfliktträchtig erlebte ungeplante Schwangerschaft, ursprünglich ernsthafte Gedanken an einen Schwangerschaftsabbruch, Probleme in der sozialen Adaptation und depressive Episoden in der eigenen oder familiären Anamnese (Kapfhammer, 2005).

### **2.3.2 Depressive Störungen**

Eine Depression ist die häufigste geburtsassoziierte psychische Erkrankung, die durch eine hohe Prävalenz und Rezidivrate sowie durch ein hohes Risiko für eine Chronifizierung gekennzeichnet ist (Gawlik et al., 2010). Als postpartale Depression werden behandlungsbedürftige depressive Störungen bezeichnet, die innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt auftreten, sie erfordern besondere diagnostische und therapeutische

Anforderungen (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003a). Das Risiko für den Beginn oder für einen Rückfall depressiver Störungen während der Schwangerschaft ist nicht höher als in anderen Lebensphasen einer Frau (Manber et al., 2008; Vesga-Lopez et al., 2008). Jedoch scheinen depressive Episoden in der Postpartalzeit, insbesondere innerhalb der ersten drei Monate nach der Geburt, signifikant häufiger aufzutreten (Reck et al., 2008; Vesga-López et al., 2008). In einer dänischen Studie mit über 630.000 Erstgebärende war das Risiko für eine postpartale Depression selbst im 5. Monat nach der Geburt immer noch doppelt so hoch wie außerhalb der Postpartalzeit (Munk-Olsen et al., 2006).

Depressive Störungen in der *Schwangerschaft* unterscheiden sich im klinischen Bild nicht grundsätzlich von Depressionen außerhalb dieser Lebensphasen (vgl. Tabelle 2; Manber et al., 2008; Riecher-Rössler, 2012). Aber aufgrund der teilweisen Überlagerung von schwangerschaftstypischen Symptomen (z.B. starke Müdigkeit, körperliche Erschöpfung) und den psychomotorisch-vegetativen Symptomen einer depressiven Störung ist die Differenzierung teilweise schwer (Abel & Kulkarni, 2006). Das führt unter anderem dazu, dass nur etwa 20% der depressiven Erkrankungen in der Schwangerschaft diagnostiziert werden (Hatton et al., 2007). Insbesondere bei subklinischen Störungen erachtet sich die Unterscheidung zwischen Krankheitsgeschehen und „normalen“ Vorgängen als schwierig (Rohde, 2004). Risikofaktoren für eine Depression in der Schwangerschaft sind: Depressionen in der Vorgeschichte, präpartale Ängstlichkeit, ungewollte Schwangerschaft, belastende negative Lebensereignisse, mangelnde soziale und partnerschaftliche Unterstützung und eine schlechte Qualität der Partnerschaft (Lancaster et al., 2010). Die Schwangerschaftsdepression gilt als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression (O'Hara & Swain, 1996).

Tabelle 2: Grundsymptome der Depression (zitiert nach Frisch U, Riecher-Rössler A. 2012. Depressionen in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rössler A [Hrsg] Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 4.) ergänzt um schwangerschafts- und geburtsspezifische Aspekte in eckigen Klammern.

Affektiv	Gedrückte Stimmung, Melancholie, innere Gequältheit, Gefühl der inneren Leere, Freudlosigkeit, [fehlende Freude über Schwangerschaft, auf das Kind], Reizbarkeit, Unzufriedenheit
Kognitiv	Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Interessenverlust und -einengung, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, [nicht als gute Mutter zu genügen], Grübeln [bezogen auf die Schwangerschaft], Schuldgefühle und Selbstvorwürfe, Gefühl der Hilflosigkeit, Entschlusslosigkeit, pessimistische Zukunfts-Erwartungen, Suizidgedanken und -handlungen

Fortsetzung Tabelle 2:	
Psychomotorisch	Energielosigkeit, Ermüdbarkeit, verarmte Mimik und Gestik, Vernachlässigung des Äußeren, allgemeine Hemmung (libidinös, aggressiv), zum Teil auch psychomotorische oder innere Unruhe
Vegetativ	Schlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsverlust oder -zunahme, Magenbeschwerden, Brustdruck, Herzschmerzen, sexuelle Appetenzstörung

Typische Merkmale einer *postpartalen Depression* sind Schuldgefühle und Insuffizienzerleben als Mutter, Grübelgedanken, die sich meistens auf das Kind und die Mutterschaft beziehen, Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber und Schlafstörungen (Frisch & Riecher-Rössler, 2012). Probleme beim Stillen oder ausweichende Verhaltensweisen beim Kind werden von der Mutter als Bestätigung für das eigene Versagen gedeutet, was die eigene Erschöpfung verstärkt und in einen Teufelskreis münden kann (Hübner-Liebermann et al., 2012). Rohde (2001) unterscheidet drei Prägnanztypen postpartaler Depressionen: (1) der „Insuffizienztyp“, bei dem eine depressive Verstimmung, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle und die Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein im Vordergrund stehen; (2) der „Zwangstyp“, bei dem die Zwangssymptomatik (Gedanken bzw. Impulse) und damit einhergehende Scham- und Schuldgefühle, Angst vor Kontrollverlust und Vermeidungsverhalten vordergründig sind und (3) der „Paniktyp“, bei dem neben der depressiven Verstimmung gleichzeitig Panikattacken auftreten.

Ähnlich wie bei der Schwangerschaftsdepression ist auch bei der postpartalen Depression die Diagnostik durch die mit der Geburt und Stillzeit einhergehende Erschöpfung teilweise erschwert. Risikofaktoren für eine postpartale Depression sind eine Depression in der Schwangerschaft oder frühere depressive Krankheitsepisoden, ein mangelndes Selbstwertgefühl, Belastungen durch die Säuglingspflege, präpartale Ängstlichkeit, belastende Lebensereignisse, mangelnde soziale Unterstützung, schlechte Qualität der Paarbeziehung, schwieriges Temperament des Kindes und Baby Blues (Beck, 2001; Dietz et al., 2007; Leigh & Milgrom, 2008). Im Zusammenhang mit einer postpartalen Depression können Zwangsgedanken und Zwangsimpulse, die das Kind betreffen, die zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen führen (Riecher-Rössler, 2012). Studien zufolge leiden 20-40% der Mütter mit einer postpartalen Depression unter Zwangsgedanken, dem Kind etwas anzutun (Riecher-Rösler, 2005); bei einer schwer ausgeprägten postpartalen Depression berichten sogar 60,7% der Frauen Zwangsgedanken bzw. -impulse mit diesen Inhalten (Chandra et al., 2002). Wie alle Depressionen, geht auch die postpartale Depression mit dem Risiko eines Suizids einher, wobei die Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids (insbesondere im Rahmen einer psychotischen Depression) auch trotz einer geringen Häufigkeit von 1:50 000 Geburten, immer zu bedenken ist (Riecher-Rössler, 1997).

### **2.3.3 Bipolar-affektive Störungen**

Die Auftretenshäufigkeit von bipolar-affektiven Störungen unterscheidet sich nicht von der Prävalenz außerhalb der Schwangerschaft (Vesga-López et al., 2008). Allerdings erleiden schwangere Frauen bis zu 50% und Frauen in der Postpartalzeit zwischen 33% und 50% ein Rezidiv (Freeman et al., 2002). Einer dänischen Studie zufolge ist das Erkrankungsrisiko im ersten Monat nach der Geburt am höchsten (Odds Ratio 23,33) und nimmt im zweiten Monat postpartal ab (Odds Ratio 6,3), was dennoch beträchtlich ist (Munk-Olsen et al., 2006). Das Störungsbild ist gekennzeichnet durch einen episodischen Verlauf von depressiven, manischen, hypomanischen oder gemischten Episoden. Die Anzahl der Episoden kann bei den Betroffenen zwischen einer einzelnen oder mehr als einer Episode variieren. Zwischen den Episoden sind die Patienten meist symptomfrei (Beesdo & Wittchen, 2006). In einer manischen Episode kommt es zu Symptomen wie gesteigerte Aktivität, vermindertes Schlafbedürfnis, leichtsinniges oder verantwortungsloses Verhalten, eine gesteigerte Geselligkeit und Libido. In diesen Phasen kann ein fehlendes Risikobewusstsein zu ungewollten Schwangerschaften führen (Junge-Hoffmeister et al., 2012). In der Postpartalzeit kann sich das klinische Bild vom allgemeinen Erscheinungsbild dahingehend unterscheiden, dass gemischte Episoden, dysphorische Manie und eine sich schnell verändernde klinische Präsenz mit gehäuftem Auftreten von Konfusion und Perplexität im Vordergrund stehen (Jones & Cantwell, 2010). Bipolar-affektive Erkrankungen haben einen phasenhaften und oft schwerwiegenden Verlauf. Entscheidend für die Prognose sind eine phasenprophylaktische medikamentöse Einstellung, die Compliance seitens der Patientinnen bzgl. der Medikamenteneinnahme und eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Bei Betroffenen sollte die Schwangerschaft im Idealfall langfristig geplant und in Abstimmung mit den behandelnden Ärzten erfolgen (Sasse et al., 2009). Ein Großteil der bipolaren Patientinnen weisen eine weitere psychische oder somatische Erkrankung auf, wobei am häufigsten Angststörungen, Substanzmittelabusus oder Essstörungen komorbid auftreten (Sasse et al., 2009).

### **2.3.4 Angst- und Zwangsstörungen**

Die Gruppe der Angststörungen ist eine heterogene Gruppe von Störungsbildern, denen eine übermäßig starke Angst oder Befürchtung vor bestimmten Objekten oder Situationen gemeinsam ist (Gawlik et al., 2010b). Im ICD-10 werden Agoraphobie, spezifische und soziale Phobie sowie Panikstörung, generalisierte Angststörung und Zwangsstörung unterschieden und nach festgelegten diagnostischen Kriterien definiert (Dilling & Freyberger, 2006). Sie sind im Vergleich zu Depressionen sehr persistent und haben eine geringe Spontanremissionsrate.

In der Schwangerschaft können unterschiedliche Faktoren zur Manifestation einer Angststörung beitragen (Rauchfuß, 2002). Zum Beispiel kann eine Angststörung bereits vor der Schwangerschaft bestanden haben oder durch die schwangerschaftsbezogenen physiologischen, hormonellen und psychosozialen Veränderungen getriggert werden (Alder & Urech, 2012). Vor allem zu Beginn und Ende der Schwangerschaft treten häufig sehr spezifische und intensive Ängste in Bezug auf den Schwangerschaftsverlauf, das Wohlbefinden des Fetus und die Geburt auf. Dabei beziehen sich die Sorgen und Ängste zu Beginn inhaltlich eher auf einen frühzeitigen Verlust des Kindes oder auf die zukünftige Mutterrolle. Zum Ende sind es eher Ängste hinsichtlich der anstehenden Geburt und die Zeit danach (Melender, 2002). Im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen kann es zu verstärkten Ängsten in Bezug auf die eigene Gesundheit und die des ungeborenen Kindes kommen. Es können sich aber auch Angstsymptome ganz unabhängig von schwangerschaftsbezogenen Faktoren oder infolge der Geburt entwickeln (Alder & Urech, 2012).

Je nach Art der Angststörungen gibt es typische Besonderheiten für die Zeit der Schwangerschaft und Postpartalperiode.

Beispielsweise haben Schwangere, die unter einer *sozialen Phobie* leiden, Angst in der Schwangerschaft etwas falsch zu machen, sie fürchten die Geburt, weil sie da im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen und sie zweifeln besonders stark an ihren eigenen Fähigkeiten als Mutter (Junge-Hoffmeister et al., 2010). Sie vermeiden oftmals Arztkontakte (Vor- und Nachsorgetermine) und Gruppenangebote (Geburtsvorbereitungskurse), was mit Risiken für Mutter und Kind einhergehen kann (Martini et al., 2008). Darüber hinaus weisen diese Frauen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer postpartalen Depression auf (Vesga-Lopez et al., 2008).

Eine *Panikstörung (mit/ohne Agoraphobie)* in der Schwangerschaft ist eine akute Belastung für die werdende Mutter. Zum einen könnten die Symptome insbesondere bei Frauen mit einer ängstlichen Selbstwahrnehmung als Schwangerschaftskomplikationen fehlinterpretiert werden. Zum anderen können tatsächliche Schwangerschaftskomplikationen (z.B. Präeklampsie) zu panikartigen Zuständen führen, die wiederum mit erhöhter Angst vor weiteren Panikanfällen oder mit Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen der Panikattacken auf die Schwangerschaft, die Geburt und die Gesundheit des Kindes einhergehen (Martini et al., 2008). In der Postpartalzeit treten Panikattacken häufig im Zusammenhang mit depressiven Störungen auf (Austin, 2004). Das Zusammenspiel von Schlafmangel, Insuffizienzgefühlen hinsichtlich der Versorgung des Kindes und kognitiven Symptomen einer Panikstörung wie die Angst vor Kontrollverlust stellt eine Belastung sowohl

für die Mutter als auch für die frühe Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind dar (Junge-Hoffmeister et al., 2010).

Bei *generalisierten Angststörungen* stehen übermäßige und unkontrollierbare Ängste und Sorgen bezüglich verschiedenster Lebensbereiche im Vordergrund. Diese können das Risiko für eine Frühgeburt erhöhen und damit die fetale Entwicklung beeinträchtigen. Liegen tatsächlich Schwangerschaftskomplikationen vor, treten die Sorgen verstärkt auf (Martini et al., 2008). Betroffene Frauen zeigen intensives Rückversicherungsverhalten, indem sie vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, was häufig zu Störungen der Arzt-Patient-Beziehung führt (Junge-Hoffmeister et al., 2012). Unter der Geburt verlangen sie häufig mehr Schmerzmittel als notwendig (Standley et al., 1979).

Bei Frauen mit übersteigerten und phobisch wirkenden Ängsten in Bezug auf die Schwangerschaft und Geburt liegt häufig eine Variante der Spezifischen Phobie vom Blut-Spritzen-Verletzungstypus vor, die als *Tokophobie* (Tokos=Geburt) bezeichnet wird. Betroffene zeigen ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten hinsichtlich einer Schwangerschaft oder Geburt wie z.B. Abtreibung, Verwendung mehrerer Verhütungsmethoden, Adoption oder ein Wunschkaiserschnitt (Junge-Hoffmeister et al., 2010). Darüber hinaus erleiden sie häufiger Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, haben oftmals komorbide Angststörungen und ein erhöhtes Risiko für posttraumatische Belastungsstörungen im Kontext einer traumatisch erlebten Geburt (Martini et al., 2008).

*Zwangsstörungen* sind gekennzeichnet durch einen als unkontrollierbar erlebten inneren Drang, bestimmte Dinge zu denken (Zwangsgedanken) oder zu tun (Zwangshandlungen), wobei das Ausführen der Zwangsgedanken und/oder -handlungen der kurzfristigen Angstreduktion dient (Reinecker, 2006). In der Schwangerschaft können sich immer wieder Gedanken an Verschmutzung oder Krankheit aufdrängenden und zu Wasch- bzw. Putzzwängen führen. In der Postpartalzeit beziehen sich Zwangsgedanken bzw. Vorstellungen und Impulse oft auf das Kind (z.B. das Kind fallen zu lassen, es zu ersticken oder ihm etwas mit Hilfe eines Gegenstandes anzutun) und führen zu entsprechendem Zwangsverhalten (Vermeidung von Situationen, in denen die Mütter mit dem Kind allein sind, Wegräumen möglicher Tatgegenstände). Obwohl kein real erhöhtes Risiko für das Kind besteht, führen derartige Gedanken zu einem erheblichen Leidensdruck sowie Scham- und Schuldgefühlen (Martini et al., 2008; Junge-Hoffmeister et al., 2012). Negative Konsequenzen für die kindliche Entwicklung resultieren aus dem damit einhergehenden überprotektiven Verhalten (z.B. aus Angst vor Krankheit oder Verschmutzung wächst das Kind in "sterilisierter Umgebung" auf).

### **2.3.5 Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen**

Eine *Anpassungsstörung* ist eine Reaktion auf belastende Lebensereignisse (z.B. Trennung, Trauerfälle) oder entscheidende Lebensveränderungen (z.B. Verlassen des Elternhauses, Elternschaft, schwere körperliche Erkrankung). Die Symptome umfassen Gefühle von Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, Angst, Sorge, depressive Verstimmung, Rückzug aus dem sozialen Umfeld und Gefühle, mit alltäglichen Dingen nicht mehr zurechtzukommen (Dilling & Freyberger, 2006). Im Kontext der Schwangerschaft kann eine Anpassungsstörung ausgelöst werden, wenn das Kind unerwünscht oder ungeplant war und darüber hinaus ungünstige psychosoziale Bedingungen vorherrschen (z.B. eine fehlende oder konfliktreiche Partnerschaft, mangelnde soziale Unterstützung). Weitere Auslöser können auftretende Schwangerschaftskomplikationen in Verbindung mit ungenügenden Bewältigungsressourcen auf Seiten der Mutter oder ein negativer Geburtsausgang, wie z.B. eine Fehlgeburt, Totgeburt oder die Geburt eines behinderten Kindes darstellen (Junge-Hoffmeister et al., 2010).

Wurde die Geburt als subjektiv traumatisch erlebt, weil die Frau z.B. ihr eigenes Leben oder das Leben ihres Kindes als bedroht sah, sie sich durch geburtshilfliche Komplikationen (z.B. Notsectio) völlig machtlos bzw. ausgeliefert fühlte oder enorme Schmerzen unter der Geburt erlitt, kann sich eine *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* manifestieren (Martini et al., 2008). Auch wenn es sich beim als traumatisch erlebten Geburtsverlauf nicht immer um ein "objektiv" traumatisches Geschehen "mit katastrophalem Ausmaß" laut ICD-10 bzw. ein "extrem traumatisches Ereignis" laut DSM-IV handelt, wie es die diagnostischen Kriterien vorsehen, belegen Studien dennoch, dass zwischen 1,5% und 5,6% der Frauen sechs Wochen nach der Geburt die vollen Kriterien einer PTBS erfüllen; 24-33% weisen subklinische Syndrome auf (Pantlen & Rohde, 2001; Vythilingum, 2010). Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung weisen eine erhöhte Rate an Wunsch-Kaiserschnitten auf und haben ein erhöhtes Risiko für postpartale depressive Episoden und die Entwicklung einer generalisierten Angststörung (Cook et al., 2004). Frauen, die aufgrund eines sexuellen Missbrauchs schwanger sind, können die Schwangerschaft nur schwer oder gar nicht akzeptieren (Junge-Hoffmeister et al., 2012). Frühere Missbrauchserlebnisse, welche mit einem Kontrollverlust erleben und Hilflosigkeitsgefühlen einhergehen, können während der Schwangerschaft durch gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen oder Kindsbewegungen oder durch die Geburt bzw. durch die Notwendigkeit der Kontrollabgabe unter der Geburt zu einer Retraumatisierung führen, was ein gravierender Stressor für den Schwangerschaftsverlauf und die Mutter-Kind-Beziehung darstellt.



### **2.3.6 Postpartale Psychosen**

Eine postpartale Psychose oder auch Wochenbettpsychose ist die schwerste psychische Störung in der Postpartalzeit. Psychosen sind gekennzeichnet durch eine veränderte Realitätswahrnehmung und -verarbeitung und dem Auftreten von Positiv- (Wahnvorstellungen, Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Stimmenhören, Halluzinationen) und/oder Negativsymptomen (auffällige Apathie, verflachter bzw. inadäquater Affekt) (Rey, 2006). Sie tritt meist innerhalb der ersten drei Monate nach der Entbindung auf und betreffen in etwa 75% der Fälle Erstgebärende (Rohde, 200; Riecher-Rössler, 2012). Sie ist häufig gekennzeichnet durch einen abrupten Beginn ohne dass immer ein auslösendes Ereignis bekannt ist (Lanczik and Brockington, 1997; Hübner-Liebermann et al., 2012). Einer Studie zufolge kommt es bei 25 bis 50% der Frauen mit einer bipolaren Erkrankung in der Vorgeschichte zum Ausbruch einer postpartalen Psychose (Doucet et al., 2011). Das Risiko eine psychotische Störung in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt zu entwickeln ist um das 18-fache höher als in der Schwangerschaft (Lanczik & Brockington, 1997). Sie stellt eine unmittelbare Gefahr sowohl für die betroffene Frau als auch für das Kind dar und bedarf einer sofortigen stationären Behandlung (Hübner-Liebermann et al., 2012).

## **2.4 Auswirkungen psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit**

### **2.4.1 Auswirkungen auf den Schwangerschafts- und Geburtsverlauf**

In vielfachen Studien konnte ein Zusammenhang zwischen Depression, Angst, posttraumatischen Belastungsstörungen und Stress in der Schwangerschaft und dem Auftreten von Schwangerschafts- bzw. Geburtskomplikationen nachgewiesen werden bzw. wurden diskutiert. Hierzu zählen u. a. häufigere und/oder länger andauernde Übelkeit und Erbrechen, mehr Krankschreibungen und häufigere Arztbesuche während der Schwangerschaft (Andersson et al., 2000a). Kurki und Kollegen (2000) finden bei einer präpartalen Depression eine 2,5fache und bei einer präpartalen Angstsymptomatik eine 3,2fache Risikoerhöhung für Präeklampsie (Kurki et al., 2000). Weiterhin werden häufigere Extrauterinschwangerschaften (Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaften), intrauterine Wachstumsretardierungen und frühe Fehlgeburten im Zusammenhang mit einer erhöhten präpartalen Depressivität, Ängstlichkeit oder Stressexposition diskutiert (Zuckerman et al., 1989; Rondo et al., 2003; Alder et al., 2007; Evans et al., 2007). Eine erhöhte depressive und Angstsymptomatik während der Schwangerschaft ist assoziiert mit häufigeren Kaiserschnittentbindungen (geplanter oder Notkaiserschnitt), vermehrter Schmerzmittelgabe unter der Geburt und vermehrten vaginal operativen Entbindungen, wie z.B. Saugglocken- oder Zangengeburten (Chung et al., 2001; Andersson et al., 2004b). Darüber hinaus besteht

ein Zusammenhang zwischen präpartalem Stress, Angst oder Depression und dem neonatalen Zustand des Neugeborenen. Hierzu zählen Frühgeburtlichkeit, ein geringes Geburtsgewicht (<2.500g) und ein schlechterer 1- und 5-Minuten-APGAR-Wert des Neugeborenen sowie eine häufigere Aufnahme der Säuglinge auf die Intensivstation (Chung et al., 2001; Andersson et al., 2004b; Berle et al., 2005; Field et al., 2006; Alder et al., 2007; Evans et al., 2007). Nur wenige Studien haben den Einfluss manifester präpartaler Angststörungen der Mutter auf den weiteren Schwangerschaftsverlauf und dem neonatalen Zustand des Neugeborenen systematisch untersucht (Andersson et al., 2004b; Alder et al., 2007). Die Ergebnisse zeigen, dass eine vorkonzeptionelle Posttraumatische Belastungsstörung signifikant häufiger mit Schwangerschaftskomplikationen (u.a. vorzeitige Wehentätigkeit, Hyperemesis) im Zusammenhang steht. Eine präpartale maternale Panikstörung ist assoziiert mit Frühgeburtlichkeit und einem geringen Geburtsgewicht (Seng et al., 2001; Banhidý et al., 2006). Insbesondere Frühgeburtlichkeit und ein niedriges Geburtsgewicht sind Risikofaktoren für spätere körperliche Erkrankungen wie z.B. Diabetes Mellitus, koronare Herzerkrankungen und Hypertonie (Erickson et al., 2001; Halbreich, 2005). Darüber hinaus gehen Frühgeburtlichkeit und ein geringes Geburtsgewicht mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit des Kindes einher. So ist ein niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhten Suizidrisiko im Adoleszenz- bzw. Erwachsenenalter assoziiert und Frühgeburtlichkeit steht mit einem erhöhten Risiko für die Manifestation einer depressiven Störung im Erwachsenenalter im Zusammenhang (Barker et al., 1995; Thompson et al., 2001; Patton et al., 2004). (Geburts-)komplikationen, die eine Behandlung der Mutter oder des Neugeborenen auf der Intensivstation zur Folge haben, führen zu einer Trennung von Mutter und Kind. Die unmittelbare Haut-zu-Haut-Begegnung nach der Geburt zur Förderung der frühen Bindungsbereitschaft bei der Mutter und dem Säugling kann dadurch nicht stattfinden, was das Risiko für Störungen der Bindungsentwicklung erhöht (Schmücker & Buchheim, 2002).

#### **2.4.2 Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung**

Stress, Angst, posttraumatische Belastungsstörungen und Depressivität in der Schwangerschaft und Postpartalzeit gehen mit weitreichenden negativen Konsequenzen für die emotionale und behaviorale kindliche Entwicklung einher. So konnte gezeigt werden, dass Kinder von Müttern mit einer erhöhten Ängstlichkeit im dritten Trimenon im Alter von vier Jahren signifikant häufiger emotionale und Verhaltensprobleme aufweisen. Darüber hinaus wurden bei Jungs zusätzlich zu den emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten auch häufiger Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme/Hyperaktivität beobachtet (O'Connor et al., 2002). In einer weiteren Studie war eine erhöhte Ängstlichkeit im STAI-Fragebogen im zweiten Trimenon assoziiert mit kindlicher Hyperaktivität sowie erhöhter

Ängstlichkeit im Alter von acht bis neun Jahren (van den Bergh & Marcoen, 2004). Schwangerschaftsspezifische Ängste und Mikrostressoren (sogenannte "daily hassles") sind korreliert mit Defiziten in der mentalen und motorischen Entwicklung des Kindes im achten Lebensmonat (Huizink et al., 2003). In einer klinischen Studie von Papoušek & von Hofacker (2003) wurden Mütter (n=61) von exzessiv schreienden Säuglingen, die sich aufgrund der Schreiprotektik an die Münchner Sprechstunde für Schreibabys wandten, hinsichtlich medizinischer und psychosozialer Probleme in der Schwangerschaft befragt. Die Gruppe der Schreibabys wurde unterteilt in extreme Schreier (durchschnittlich fast 5 Stunden Schreien pro Tag) und moderate Schreier (durchschnittlich 2 Stunden Schreien pro Tag). Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (n=51 Kinder) berichten Mütter der extrem schreienden Kinder signifikant häufiger von medizinischen Problemen, ungewollten Schwangerschaften, Stress, Angst, Depression und Partnerschaftskonflikten in der Schwangerschaft (Papoušek & von Hofacker, 2003). Auch in anderen prospektiven Studien konnte ein Zusammenhang zwischen mütterlicher Stressbelastung, Depression oder Angst in der Schwangerschaft und dem späteren Auftreten exzessivem Schreien nachgewiesen werden (Hoegdall et al., 1991; Rautava et al., 1993; Søndergaard et al., 2003). Aber nicht nur Verhaltensprobleme, sondern auch kindliche Merkmale sind mit dem psychischen Befinden der Schwangeren korreliert. In ihrer prospektiven Langzeitstudie fanden van den Bergh und Kollegen (1990) einen signifikanten Zusammenhang zwischen mütterlicher Angst im dritten Trimenon und einem schwierigen Temperament des Neugeborenen zehn Wochen und sieben Monate nach der Geburt (Van den Bergh, 1990). Auch Field und Kollegen (1985) konnten in ihrer prospektiven Studie einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der pränatalen Ängstlichkeit der Mutter und einer erhöhten Erregbarkeit sowie mangelnden Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings nachweisen (Field et al., 1985). Weitere Studien stützen diese Forschungsbefunde. So stehen pränatale mütterliche Depression, Nervosität und Stimmungslabilität mit den Temperamentsmerkmalen Rückzugstendenz, leichte Erregbarkeit, negative Emotionalität, leichte Ablenkbarkeit und verminderte Anpassungsfähigkeit des Säuglings in Verbindung (Huttunen, 1989). Weiterhin waren Neugeborene von Frauen mit einer pränatalen depressiven Symptomatik häufiger irritabel, hatten eine unreife Schlaf-Wach-Organisation, eine Dysregulation vegetativer und endokriner Funktionen und wiesen Auffälligkeiten hinsichtlich ihrer neurologischen Entwicklung und Wachstumsverzögerungen auf (Jones et al., 1997; Field 1998).

Kinder von depressiven Müttern haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von affektiven Störungen, internalisierten Störungen (u.a. Angst, Minderwertigkeitsgefühle, Trauer, Interessenlosigkeit, Schlafstörungen) externalisierten Störungen (u.a. Aggression, Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität) sowie Schwierigkeiten in der emotionalen Entwicklung (Goodman et al., 2011; Hayes et al., 2012).

Dabei korrelierte das Auftreten einer mütterlichen Depression und kindlichen externalisierten bzw. internalisierten Störungen negativ mit dem Alter des Kindes (Connell & Goodman, 2002; Goodman et al., 2011). Neugeborene von depressiven Müttern wiesen eine signifikant schlechtere Orientierung, abgeflachte Reflexe sowie eine erhöhte Reizbarkeit auf und waren weniger in der Lage, fröhliche und überraschende Gesichtsausdrücke zu zeigen (Lundy et al., 1999). Bereits weniger schwere psychische Beeinträchtigungen wie z.B. eine leichte depressive Verstimmung oder Stress haben negative Auswirkungen auf die kindliche emotionale und kognitive Entwicklung (Field, 1995; Weinberg & Tronick, 1998; Kingston et al., 2012), da sie während einer sensiblen Phase der frühkindlichen Gehirnentwicklung fallen (Hornstein et al., 2009a). Einer Studie zufolge geht eine mütterliche Lifetime-Diagnose einer Angststörung nach DSM-IV mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Angststörung beim Kind einher (Martini et al., 2010). Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer depressiven Symptomatik bei Kindern im Alter von 16 Jahren um das Vierfache erhöht, wenn die Mutter während der Schwangerschaft unter einer Depression gelitten hat (Pawlby et al., 2009).

### **2.4.3 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung**

Obwohl mütterliche psychische Störungen in allen Phasen der kindlichen Entwicklung einen gravierenden Risikofaktor darstellen, sind die Auswirkungen besonders schwerwiegend in den ersten Monaten und Jahren nach der Geburt eines Kindes. Vielfach konnten kurz- und langfristige negative Auswirkungen postpartaler mütterlicher psychischer Störungen auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung wie z.B. Fehlinterpretationen kindlicher Signale, Über- und Unterstimulation des Kindes, intrusive Verhaltensweisen, Verlust der Muttergefühle, Wut und Ablehnung des Kindes nachgewiesen werden (Brockington, 2004; Joraschky & Petrowski, 2006; Reck, 2008). Dabei sprechen vorliegende Forschungsbefunde für eine Dosis-Wirkungs-Beziehung, d.h. je kürzer die Zeitspanne der mütterlichen psychischen Störung ist, desto geringer sind die negativen Konsequenzen für die Mutter-Kind-Interaktion und die weitere kindliche Entwicklung (Murray et al., 2003). Studien zufolge reagieren Mütter mit einer postpartalen Depression ihrem Kind gegenüber passiver oder intrusiver, sie zeigen häufiger einen negativen Affektausdruck, ein geringeres expressives mimisches Ausdrucksverhalten und haben Schwierigkeiten, auf die Bedürfnisse und Signale ihres Babys feinfühlig zu reagieren (Reck, 2008; Reck, 2012). Das Interaktionsverhalten der Kinder mit ihrer depressiv erkrankten Mutter ist durch Rückzugtendenzen, Vermeidung des Blickkontaktes und einem geringen Ausmaß an positivem Affektausdruck geprägt (Tronick & Reck, 2009). Diese ausweichenden kindlichen Verhaltensweisen können von der Mutter als Bestätigung für das eigene Versagen gedeutet werden, was die eigene Erschöpfung verstärkt und in einem Teufelskreis münden kann mit dem Ergebnis der Verstärkung der

mütterlichen Symptomatik (siehe Abbildung 1 nächste Seite). Daraus resultierende Folgen können Mutter-Kind-Interaktionsstörungen, Mutter-Kind-Beziehungsstörungen und frühkindliche Regulationsstörungen bzw. Störungen der Affektregulation sein (Hübner-Liebermann et al., 2012; Reck, 2012). Insbesondere bei postpartal depressiven Müttern kann sich eine emotionale Beziehungsstörung zum Kind entwickeln, die Mütter entfremden sich vom Kind und lehnen es zunehmend ab. In manchen Fällen kommt es zu Gefühlen wie Hass, Wut, Feindseligkeit und Ärger, was im schlimmsten Fall zu infantizidalen Impulsen bis hin zum Neonatizid führen kann. Eine verminderte Feinfühligkeit und Responsivität der Mutter ist besonders folgenschwer, wenn das Kind selbstregulatorische Schwierigkeiten aufweist (z.B. viel weint bzw. schreit, schlecht schläft und trinkt) (Hornstein et al., 2009). Das interaktionelle Verhalten von Müttern mit einer Angststörung wird im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe als wenig warm und positiv, weniger autonomiefördernd, kritischer, katastrophisierender und intrusiver charakterisiert (Whaley et al., 1999; Nicol-Harper et al., 2007). Einer Studie zufolge erlernen Kinder angstgestörter Eltern weniger effektive Copingstrategien im Umgang mit Stresssituationen, was wiederum ihre Vulnerabilität für die Manifestation einer Angststörung erhöhen könnte (Woodruff-Borden et al., 2002). Mütterliche Angststörungen stehen im Zusammenhang mit Fütterstörungen beim Kind, Zwangsstörungen führen zu ausgeweiteten Zwangshandlungen auf das Kind und mütterliche depressive Störungen stehen mit kindlicher Depressivität bis hin zu schweren Bindungsstörungen in Verbindung (Monk, 2001; Alder et al., 2007). Aber nicht nur postpartale depressive Störungen wirken sich negativ auf die Bindungsentwicklung zwischen Mutter und Kind aus, sondern beeinträchtigen auch die pränatale Bindung zum ungeborenen Kind bei Depressionen in der Schwangerschaft (Mc Farland et al., 2011). Bei einer geburtsassoziierten posttraumatischen Belastungsstörung leiden Betroffene unter lebhaften Wiedererinnerungen an das Ereignis und versuchen diese zu unterdrücken, indem sie den Kontakt zu ihrem Kind - "als Auslöser der jetzigen Krise" vermeiden (zitiert nach Junge-Hoffmeister et al. 2010, S. 144). Symptome wie emotionale Taubheit, Hypervigilanz oder wiederkehrende Dissoziationen können eine adäquate Wahrnehmung und Reaktion auf die Signale des Kindes behindern (Vythilingum, 2010).

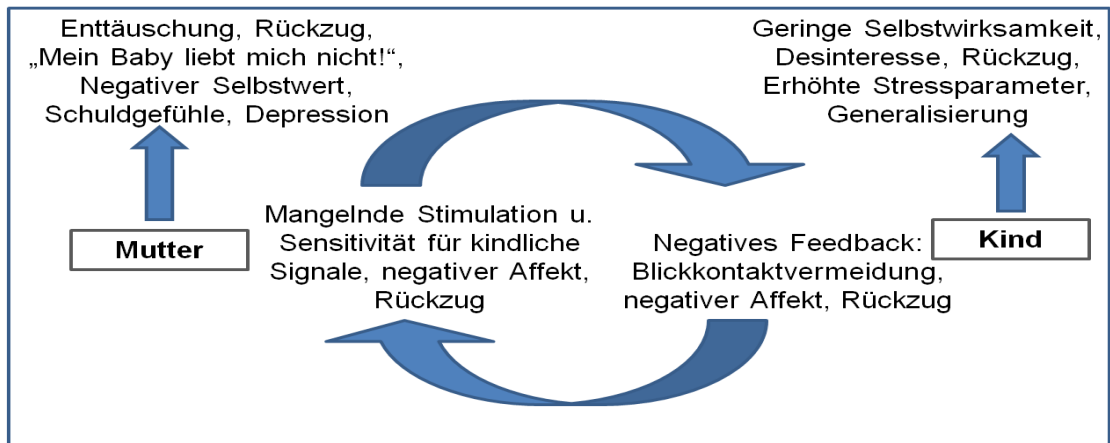


Abbildung 1: Teufelskreismodell: Depressives Rückzugsverhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion. Aus: Reck C. 2012. Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 62.

#### 2.4.4 Auswirkungen im Adoleszenz- und Erwachsenenalter

Insbesondere Frühgeburtlichkeit und ein niedriges Geburtsgewicht sind Risikofaktoren für spätere körperliche Erkrankungen wie z.B. Diabetes Mellitus, koronare Herzerkrankungen und Hypertonie (Erickson et al., 2001; Halbreich, 2005). Darüber hinaus gehen Frühgeburtlichkeit und ein geringes Geburtsgewicht mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit des Kindes einher. So war ein niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhten Suzidrisiko im Adoleszenz- bzw. Erwachsenenalter assoziiert und Frühgeburtlichkeit stand mit einem erhöhten Risiko für die Manifestation einer depressiven Störung im Erwachsenenalter im Zusammenhang (Barker et al., 1995; Thompson et al., 2001; Patton et al., 2004). In einer groß angelegten Längsschnittstudie (Avon Longitudinal Study of Parents and Children, ALSPAC) erwies sich eine präpartale Depressivität als ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Störung beim Kind im Alter von 18 Jahren. Das Risiko war um das 1,28-fache erhöht (Pearson et al., 2013).

## 2.5 Versorgung psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit

Die hohe Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit und die damit einhergehenden weitreichenden negativen Konsequenzen stellen eine Herausforderung für eine fachgerechte Versorgung dar (Kapfhammer, 2005). Eine frühzeitige Diagnostik, Beratung und zeitnahe Behandlung peripartaler psychischer Störungen ist notwendig, um schwere Krankheitsverläufe, Chronifizierungen und weitere Gefährdungen für die (werdende) Mutter und das (ungeborene) Kind zu verhindern (Weidner et al., 2015).

Im folgenden Abschnitt werden Versorgungsaspekte, beispielhafte Versorgungsmodelle und abschließend das Versorgungskonzept der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden dargestellt. Obwohl in einzelnen Regionen Deutschlands spezialisierte Behandlungsangebote aufgebaut werden konnten, weist die Versorgungslage peripartaler psychischer Störungen weiterhin Defizite auf (Weidner et al., 2015). Die Gründe hierfür sind vielfältig und werden unter Abschnitt 2.5 näher beleuchtet.

### **2.5.1 Allgemeine Versorgungsstrukturen**

Wie in anderen Lebensphasen auch richtet sich die Behandlung peripartaler psychischer Störungen nach der Spezifität sowie Schwere der Krankheit und erfolgt störungsspezifisch auf Grundlage psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Erkenntnisse. Neben der leitliniengerechten störungsspezifischen Behandlung geht es in der Schwangerschaft darüber hinaus häufig auch um die Klärung ambivalenter Gefühle hinsichtlich der Schwangerschaft, um Partnerschaftskonflikte, Rollenkonflikte in Bezug auf die bevorstehende Mutterschaft, den Umgang mit Schwangerschaftskomplikationen oder das Vorliegen massiver Geburtsängste (Weidner et al., 2010b). In der Postpartalzeit ergeben sich durch die vielfältigen neuen Anforderungen der Elternschaft und aufgrund der Gefahr für Mutter-Kind-Interaktions- bzw. Bindungsstörungen u.a. folgende Themen für die Therapie: Annahme der Mutterrolle, Anpassung an die neue Familiensituation, Neuorganisation der familiären Strukturen, Förderung der Mutter-Kind-Bindung und die Förderung mütterlicher Kompetenzen (Weidner et al., 2010b).

Je nach Schwere ist im günstigen Fall die mütterlichen Erkrankung ambulant zu managen. Ist die mütterliche Psychopathologie so stark ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichend ist - insbesondere bei schweren affektiven Störungen, schweren Angst- und Zwangserkrankungen, schweren Traumafolgestörungen, bei Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und im schlimmsten Fall bei Suizidalität bzw. Infantizid-Risiko (z.B. bei postpartalen Psychosen) ist eine teil- bzw. vollstationäre Behandlung indiziert. Aufnahmen in Deutschland erfolgen meist auf offene allgemeinpsychiatrische Stationen, hauptsächlich der Erwachsenenpsychiatrie, zunehmend aber auch in der Psychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zum Teil konnten bereits spezialisierte Mutter-Kind-Einrichtungen (darunter Stationen und Tageskliniken) aufgebaut werden. Beispiele hierfür sind das Psychiatrische Zentrum Nordbaden (PZN) in Wiesloch, wo seit mehr als 10 Jahren eine Mutter-Kind-Station mit 5 Behandlungsplätzen in den Rahmen einer offenen allgemeinpsychiatrischen Station eingebettet ist. Darüber hinaus bietet das PZN Behandlungsmöglichkeiten für Mütter mit dem Schwerpunkt Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Hornstein et al., 2012). Seit ebenfalls mehr als 10 Jahren besteht

an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Universität Heidelberg sowohl eine teil- als auch stationäre Behandlungseinheit für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen. Seit 2007 können auch Schwangere mit psychischen Problemen aufgenommen werden. Eine Spezialsprechstunde an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main bietet Beratung und Therapie für Betroffene, Angehörige oder betreuende Hebammen/ Ärzte an. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich von fachkundigen Psychotherapeuten und Ärzten telefonisch über eine Wochenbettdepression-Hotline beraten zu lassen. Eine Übersicht zu Mutter-Kind-Einrichtungen und Selbsthilfegruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz findet sich auf der Homepage von Schatten & Licht ([www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)) und auf einer Internetpräsenz des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden, Wiesloch ([www.mutter-kind-behandlung.de](http://www.mutter-kind-behandlung.de)). Jedoch bietet unter den oben erwähnten nur ein Teil der Mutter-Kind-Einrichtungen spezialisierte Behandlungsangebote an, die auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung und die kindbezogene mütterliche Symptomatik fokussieren. Bei einem Großteil ist nur die Mitaufnahme des Kindes möglich (Weidner et al., 2012b).

Bei psychosozialen Krisen und psychischen Belastungen während der Schwangerschaft bieten Schwangerenberatungsstellen vielerorts niedrigschwellige und meist schnelle psychosoziale Unterstützungsleistungen für die betroffenen Frauen an. Weiterhin können zur Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion Baby-Massagen oder PEKIP-Angebote für die Spiel-, Bewegungs- und Sinnesanregung helfen. Haushaltshilfen oder Angebote zur Kinderbetreuung stellen eine Entlastung der psychisch erkrankten Mutter dar und können in Zusammenarbeit mit Hebammen, GynäkologInnen, Beratungsstellen oder spezialisierten Einrichtungen zur Beratung und Behandlung von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen eingeleitet werden. Ein weiterer Stützpfeiler stellen Selbsthilfegruppen dar. In den letzten Jahren hat sich eine zunehmende Anzahl an Selbsthilfegruppen bei peripartalen psychischen Störungen gegründet. Eine Übersicht dazu bietet die Homepage Schatten & Licht. Im Zusammenhang mit dem Thema Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz haben sich in den letzten Jahren zahlreiche soziale und präventive Angebote im Bereich früher Hilfen etabliert, die vor allem in sozial belasteten Familien wichtige Arbeit leisten. Hierzu zählen u.a. Familienhebammen, die für ein Jahr lang Familien in problematischen Situationen aufgrund z.B. einer psychischen Erkrankung eines Elternteils begleiten und die Entwicklung des Kindes fördern. Sie sind Hebammen mit einer zusätzlichen Qualifizierung und werden vom Jugendamt finanziert.



### **2.5.2 Chancen interdisziplinärer Zusammenarbeit**

Psychische Störungen in der Schwangerschaft und Postpartalzeit bedürfen einer schnellen und multiprofessionellen Behandlung (Weidner et al., 2010b). Zur Realisierung dieser Forderung ist die Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsangeboten unterschiedlicher Professionen, die Schwangere und junge Mütter aus medizinischen oder sozialen Gründen begleiten und betreuen, essenziell. In Abbildung 2 wurden die an der Behandlung peripartaler psychischer Störungen beteiligter Professionen und Arbeitsbereiche und deren Überschneidungspunkte dargestellt. Dazu gehören Hebammen, Krankenschwestern, Stillberaterinnen, Schwangerschaftsberaterinnen, Selbsthilfegruppenleiterinnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, PsychiaterInnen und ärztliche sowie psychologische PsychotherapeutInnen, die zu verschiedenen Zeitpunkten in das Versorgungssystem involviert sind. Es bedarf aber nicht nur der Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen, sondern es muss auch der spezifischen Lebensphase der Frau Rechnung getragen werden: zeitliche Begrenztheit von Schwangerschaft und Postpartalzeit bei regional langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz, Schwangerschafts- oder postpartale Beschwerden, Einschränkungen der Mobilität durch den Säugling oder Möglichkeiten der Kinderbetreuung (Weidner et al., 2010b).

Insbesondere GynäkologInnen und Hebammen können eine wichtige Mediatorenfunktion zwischen den Betroffenen und allen weiteren Mit- und Weiterbehandlern einnehmen, da sie im engen Kontakt mit ihnen stehen (Salis, 2007).

Eine wichtige Voraussetzung interdisziplinären Arbeitens besteht darin, Strukturen zu schaffen, die es ermöglichen, die verschiedenen Berufsgruppen miteinander in konstruktiven Kontakt zu bringen und die Behandlung transparent gestalten (von Ballestrem & Weigle, 2012). Eine weitere Voraussetzung für ein konstruktives Management verschiedener Disziplinen besteht darin, die jeweiligen Berufsgruppen im Rahmen von Fortbildungsmaßnahmen durch Fachleute aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie im Erkennen und Behandeln psychischer Störungen zu schulen (von Ballestrem & Weigle, 2012). Eine frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren ermöglicht die Chance, eine selektive Prävention mit unterschwelligen Unterstützungsangeboten einzuleiten (Hornstein et al., 2009a).

Besonders wichtig erscheint es aber auch, die betroffenen Mütter darüber aufzuklären, dass es sich nicht um die Folge eines Versagens als Mutter handelt, sondern um eine Erkrankung, die behandelbar ist. Dies entlastet die Mutter und verringert Schuld- und Versagensgefühle sowie Selbstvorwürfe (Rohde, 2014).

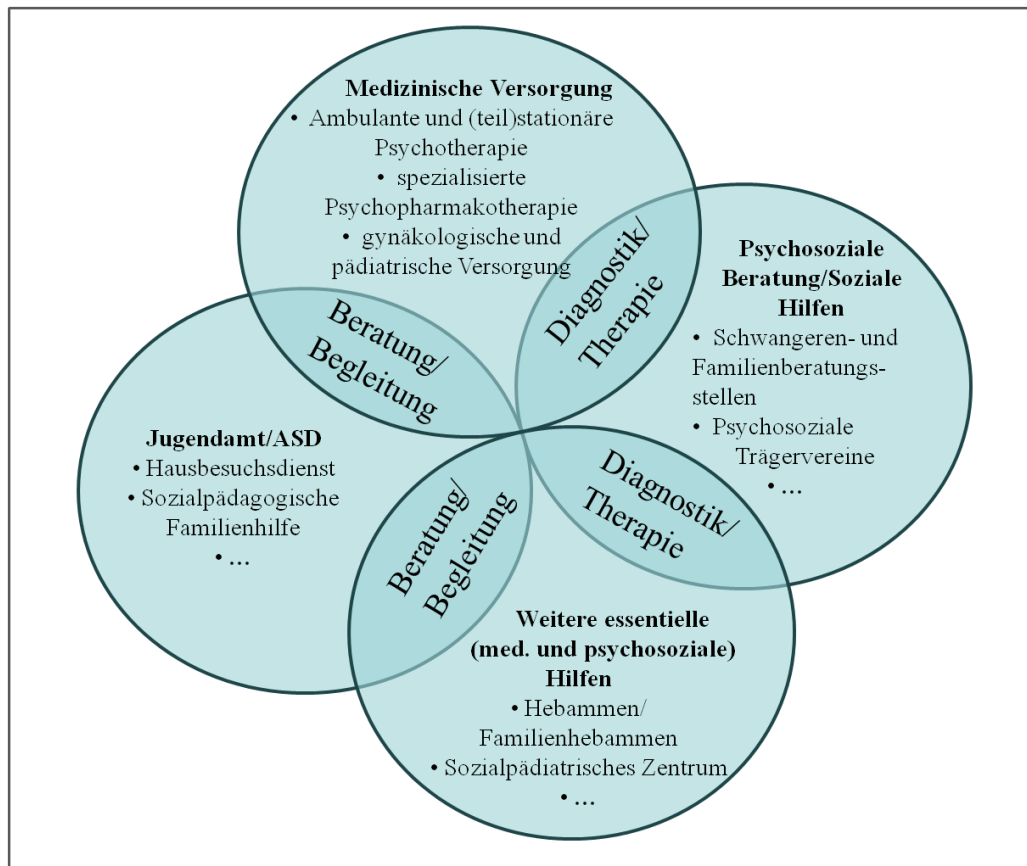


Abbildung 2: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche und Professionen bei der Versorgung peripartaler psychischer Störungen. Aus: Weidner et al. 2012b. Mutter-Kind-Versorgung - Grundlagen und praktische Umsetzung. Ärztliche Psychother 7, S. 164.

Zur allgemeinen Förderung von Behandlungsmotivation und Entstigmatisierung stellen Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über peripartale psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten wichtige Aufgaben dar (McCarthy & McMahon, 2008). Die im Jahr 2000 gegründete internationale, interdisziplinäre Marcé Gesellschaft hat sich unter anderem diese Themen zur Aufgabe gemacht. Die Marcé-Gesellschaft ist kooperatives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Schwerpunkte der Arbeit sind die Erweiterung der Kenntnisse über peripartale psychische Erkrankungen und deren Folgen, die Qualifikation von Fachleuten, die Verbesserung der Versorgungsangebote und die Entstigmatisierung der Erkrankungen (weitere Informationen unter [www.marce-gesellschaft.de](http://www.marce-gesellschaft.de)). Der 2004 gegründete interdisziplinäre Marcé-Arbeitskreis im Raum Stuttgart war von Beginn an darum bemüht, möglichst viele der Professionen, die mit betroffenen Müttern in Kontakt kommen, zusammenzubringen und regelmäßige Treffen zu veranstalten. Inhalte der Treffen sind Fallbesprechungen, Vorträge zu speziellen Themen peripartaler psychischer Störungen, Austausch über neue Bücher und Kongress- sowie Fortbildungsveranstaltungen, Weitergabe

wichtiger Adressen und Informationen und nicht zuletzt dienen die Treffen dem Abbau von Barrieren.

Versorgungskonzepte, die die einzelnen Elemente des Versorgungssystems sinnvoll miteinander kombinieren und auf bestimmte Problemgruppen abgestimmt sind, stellen Chancen der interdisziplinären Diagnostik, Beratung, Begleitung und Behandlung dar (Köllner, 2012). Das Management von Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen kann durch interdisziplinäre Arbeitskreise erheblich verbessert werden und darüber hinaus Kosten einsparen, da in vielen Fällen eine stationäre Aufnahme verhindert oder zumindest die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzt werden könnte (Weidner et al., 2006).

### **2.5.3 Multiprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Dresden**

Bisher gibt es für Frauen mit psychischen Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit nur wenige spezialisierte Behandlungsangebote (Gawlik et al., 2010; Weidner et al., 2015). An der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden wurden mittlerweile gut etablierte Behandlungsangebote für Frauen mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden in Schwangerschaft und Postpartalzeit aufgebaut. Die Beratung und Behandlung findet bedarfsspezifisch und zum Teil auch niedrigschwellig statt.

#### **2.5.3.1 Spezialsprechstunde *"Psychisch gesund für Zwei"***

Die Spezialsprechstunde an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik ist ein niedrigschwelliges Angebot, das sich an Schwangere, Frauen nach der Geburt, nach Schwangerschaftsabbruch, nach Früh-, Fehl- oder Totgeburt richtet. Die Mitarbeiterinnen der Spezialsprechstunde bieten den Betroffenen und ggf. deren Bezugspersonen Beratung, Diagnostik, Begleitung, Krisenintervention und eine Vermittlung in weiterführende Behandlungsangebote an. Die Betroffenen werden über das Störungsbild sowie die Möglichkeiten der Behandlung aufgeklärt und für die Inanspruchnahme von Behandlung ermutigt und unterstützt. In vielen Fällen findet eine überbrückende psychotherapeutische Begleitung zur Stabilisierung statt, bis sich eine teilstationäre Mutter-Kind-Behandlung oder eine weiterführende ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung anschließt. Die Arbeit in der Spezialsprechstunde setzt einerseits das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und weiterer Unterstützungsleistungen (z.B. Haushaltshilfen) sowie deren Ansprechpartner (Therapeuten- bzw. Kliniklisten vor Ort) voraus. Zum anderen sind Kenntnisse darüber notwendig, welche Art von Behandlung wann indiziert ist, welche Behandlungen sich als besonders effektiv erwiesen haben und welche Besonderheiten in der spezifischen Lebensphase der Schwangerschaft und Postpartalzeit berücksichtigt werden müssen (z.B. Schwangerschafts- oder postpartale Beschwerden, Einschränkungen der

Mobilität durch den Säugling oder Möglichkeiten der Kindesbetreuung) (Weidner et al., 2010b). Das Ziel der Spezialsprechstunde besteht darin, ein niedrighschwelliges Beratungsangebot anzubieten, eine zügige entsprechende Weiterbehandlung zu initiieren und damit die Weichen für einen sinnvollen Gesamtbehandlungsplan zu stellen. Um dies realisieren zu können besteht u.a. ein enger Kontakt zwischen dem Netzwerk "Schwangerschaft und Wochenbett", weiteren niedergelassenen ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen, Hebammen, Familienhebammen, beraterisch tätigen Institutionen, Haushaltshilfen und dem Jugendamt. Im Rahmen des Modellprojektes "Psychisch gesund für Zwei" erfolgte eine wissenschaftliche Begleitevaluation dieser Sprechstunde. Bei Patientinnen mit akut psychotischen Störungen, schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen und bei akuter Suizidalität erfolgt eine entsprechende Behandlung in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik am Universitätsklinikum.

### **2.5.3.2 Mutter-Kind-Tagesklinik**

Ist eine teilstationäre Behandlung indiziert, bietet die 2010 gegründete Mutter-Kind-Tagesklinik professionelle und schnelle Hilfe an. Hier stehen fünf Behandlungsplätze für Mütter mit ihren Kindern zur Verfügung. Eine Aufnahme ist für Mütter mit allen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen z.B. postpartale Depression, Angst- und Zwangserkrankungen, Bindungsstörungen zum Kind, Essstörungen, oder Persönlichkeitsstörungen möglich. Die Behandlung umfasst ein multimodales Therapiekonzept auf interaktionszentrierter Basis, wobei neben der Behandlung der mütterlichen psychischen Störung die Förderung der Mutter-Kind-Bindung und die Prävention von Entwicklungsstörungen beim Kind im Fokus stehen.

### **2.5.3.3 Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett**

Bereits im Jahr 2000 wurde das institutsunabhängige interdisziplinäre Netzwerk "Schwangerschaft und Wochenbett" zur ambulanten Versorgung von Frauen mit psychischen und psychosomatischen Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit im Dresdner Raum gegründet ([www.schwangerschaft-wochenbett.de](http://www.schwangerschaft-wochenbett.de)). In diesem Netzwerk haben sich ÄrztInnen und Psychologinnen verschiedener Fachrichtungen, Hebammen, Schwangeren-, Still- und Laktationsberaterinnen sowie Sozialpädagogen zusammengeschlossen und bieten medizinische sowie psychologische Beratung, Behandlung und soziale Betreuung für Betroffene an. Dabei stehen eine schnelle ambulante Betreuung ohne lange Wartezeiten und eine zwischen den Netzwerkmitgliedern abgestimmte Behandlung im Vordergrund (Weidner et al, 2010). Seit 2006 ist das Netzwerk als Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anerkannt. Untersuchungen zeigen, dass das Netzwerk eine sinnvolle Ergänzung der medizinischen und psychosozialen Versorgung von

Schwangeren und Frauen in der Postpartalzeit ist (Engler, 2013). Die hohe Inanspruchnahme belegt zudem, dass der Bedarf an diese Art von niedrigschwelligen Behandlungsangeboten deutlich besteht (Weidner et al., 2006). Auch hier stellen regelmäßige Treffen der MitarbeitInnen des Netzwerkes zur Intervention und internen Weiterbildung eine wichtige Aufgabe dar.

## **2.6 Grenzen und Problembereiche in der Versorgung**

Im Folgenden sollen Grenzen und Problemfelder der Versorgungssituation von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen dargestellt werden.

### **2.6.1 Strukturelle Probleme**

Strukturelle Probleme beziehen sich auf einen vielerorts bestehenden Mangel an adäquaten Versorgungsangeboten oder niedrigschwelligen Behandlungsangeboten für Schwangere und Mütter mit psychischen Störungen. Vor allem Problemregionen wie ländliche Bereiche mit sehr langen Wartelisten, wenig attraktive urbane Ballungsräume und zum Teil die neuen Bundesländer sind von diesem Problem betroffen (Köllner, 2012). Dies führt zu einer enormen Verzögerung der notwendigen Behandlung (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003a). Da die Schwangerschaft zeitlich begrenzt ist und die Zeit nach der Geburt eine sensible Phase für die kindliche emotionale, behaviorale und kognitive Entwicklung darstellt, ist eine zeitnahe Behandlung aber dringend notwendig. Darüber hinaus stellt die Schnittstelle zwischen dem (teil-)stationären und ambulanten Bereich ein Problembereich dar, weil im niedergelassenen Bereich oftmals alle Behandlungsplätze besetzt sind. Damit besteht ein hohes Risiko, dass das in der Klinik Erreichte wieder verloren geht (Weidner et al., 2004; Köllner, 2012).

### **2.6.2 Therapeutische Unsicherheiten**

Immer wieder können Unsicherheiten psychotherapeutisch tätiger Kollegen hinsichtlich angemessener Behandlungsmethoden peripartaler psychischer Störungen beobachtet werden. Diese beziehen sich insbesondere auf aufdeckende Interventionen im Rahmen psychodynamischer Verfahren, Exposition im Rahmen verhaltenstherapeutischer Verfahren oder psychopharmakologischer Behandlung (Junge-Hoffmeister et al., 2011). Nicht selten kommt es vor, dass psychotherapeutische bzw. psychiatrisch-medikamentöse Behandlungen in der Schwangerschaft abgelehnt bzw. auf die Zeit nach der Geburt verlegt werden, obwohl sich eine medikamentöse Behandlung und Stillen nach heutigem Wissensstand nicht mehr ausschließen (Weidner et al., 2010b). Unterschiedliche oder sogar widersprüchliche Aussagen verschiedener Behandler, die auf einem unterschiedlichen Kenntnisstand beruhen, führen wiederum zu einer starken Verunsicherung der Betroffenen und können

somit eine Gesundung unterbinden bzw. verzögern. An dieser Stelle wird deutlich, dass Schwangere und junge Mütter eine zwischen verschiedenen Therapeuten gut abgestimmte Hilfe benötigen, damit weitere Komplikationen vermieden werden können (Weidner et al., 2004).

### **2.6.3 Defizite in der Erkennung psychischer Probleme**

Bei Professionen, die Frauen während der Schwangerschaft und Postpartalzeit medizinisch betreuen (Gynäkologen/innen, Hebammen, Kinderärzte/innen, Kinderkrankenschwestern), findet man häufig Defizite in der Erkennung psychischer Symptome (Wiley et al., 2004; Wisner et al., 2008). Einer Studie zufolge werden psychische Belastungen nur in 1,8-2% von Hebammen, Kinderärzten und Gynäkologinnen erfragt (Nagel-Brotzler et al., 2005). Andere Studien zeigen, dass nur etwa 20%-57% psychische Störungen oder ein Substanzmittelabusus erkannt werden (Kelly et al., 2001; Hatton et al., 2007). Bei Kelly et al. (2001) erfolgte bei nur 18% eine Diagnosevergabe und bei nur 23% eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung. Bei Johanson und Mitarbeiter (2000) wurden nur 12% der schwangeren und 26% der postpartalen Frauen mit klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen richtig identifiziert (Johanson et al., 2000).

Die Gründe dafür liegen in einem Komplex aus nicht ausreichendem Wissen über psychische Symptome und Krankheitsbilder, mangelnder Sensibilität dafür und dem Zurückführen dieser auf schwangerschaftsspezifische Umstände, Entbindung oder Kinderpflege (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003a). Tatsächlich ist aufgrund der Überlagerung von schwangerschaftstypischen Symptomen (z.B. starke Müdigkeit, körperliche Erschöpfung) und den psychomotorisch-vegetativen Symptomen einer depressiven Störung die Differenzierung erschwert (Abel & Kulkarni, 2006). Das Problem wird weiterhin dadurch verstärkt, dass postpartal depressive Mütter einerseits nicht-psychiatrische Hilfsangebote (z.B. Gynäkologen, Kinderärzte) häufiger aufsuchen (von Ballestrem et al., 2005) und andererseits diese Berufsgruppen nicht als adäquate Ansprechpartner für psychische Erkrankungen wahrgenommen werden (Bennett et al., 2009).

Ein wichtiger Ansatzpunkt besteht darin, potenziell betroffene Frauen im Rahmen der gynäkologischen Schwangerschaftsvorsorge mit Hilfe eines kurzen Screeninginstruments zu identifizieren (Freed et al., 2012). Bewährte und international eingesetzte Verfahren sind die Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS; Bergant et al., 1998) oder die Depressions-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P-Skala; Martini et al., 2009). Beide Verfahren sind auf der Homepage der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft online frei verfügbar ([www.marce-gesellschaft.de](http://www.marce-gesellschaft.de)). Im Falle eines positiven Screenings ist eine

weitergehende Diagnostik nach ICD-10 bzw. DSM-IV indiziert und ggf. eine entsprechende Behandlung einzuleiten (Goodman, 2009). Der Ausbau von Screening bedingt allerdings auch den Ausbau ambulanter und (teil-)stationärer psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsangebote für betroffene Frauen und deren Kinder (Hübner-Liebermann et al., 2012).

#### **2.6.4 Therapieinanspruchnahmeverhalten**

Studien zufolge bestehen in der deutschen Allgemeinbevölkerung unabhängig von den Lebensphasen der Schwangerschaft und Postpartalzeit ausgeprägte Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen und den behandelnden Fachbereichen, was sich im Inanspruchnahmeverhalten im Falle einer psychischen Erkrankung niederschlägt (von Ballestrem & Weigle, 2012). Die Gründe dafür sind sicher vielschichtig, aber die Angst vor (Selbst-)Stigmatisierung ist sehr bedeutend (Schomerus et al., 2009). Es ist anzunehmen, dass die mediale Darstellung der Schwangerschaft und Postpartalzeit als Mutterglück und schönste Phase im Leben einer Frau das Ausmaß an Scham- und Schuldgefühlen bei Müttern mit psychischen Belastungen bzw. Störungen nochmals enorm verstärkt. Aus Angst vor Stigmatisierung ziehen sich Betroffene zurück und nehmen keine fachliche Hilfe in Anspruch (McCarthy & McMahon, 2008).

Die therapeutische Erreichbarkeit bzw. die Behandlungsinanspruchnahme von Schwangeren und jungen Müttern wurde im Zusammenhang mit depressiven Störungen vielfach untersucht und ist aus verschiedenen Gründen gering. So weisen Vesga-López und Kollegen (2008) in einer repräsentativen Stichprobe nach, dass psychisch erkrankte Schwangere signifikant seltener professionelle Hilfen in Anspruch nehmen als Frauen außerhalb dieser Lebensphase (Vesga-Lopez et al., 2008). Einer US-amerikanischen Studie zufolge suchen 57% der Frauen mit einer moderaten bis schweren Depression keine Hilfe auf, weder beim Hausarzt noch bei einem Psychologen (Mayberry et al., 2007). Ein ähnliches Ergebnis wird auch von McGarry und Kollegen (2009) berichtet: 60% der postpartalen depressiven Frauen nehmen keine medizinische Hilfe in Anspruch. Aus Scham vertrauten sich nur etwa 25% der Mütter ihrer Familie oder Freunden an (McGarry et al., 2009).

Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfen sind insbesondere Angst vor Stigmatisierung als „insuffiziente Mutter“, logistische bzw. finanzielle Schwierigkeiten (mangelnde zeitliche Ressourcen, Bewerksstellung der Fahrtwege, Kinderbetreuung), Befürchtungen vor dem Entzug des Sorgerechts für das Kind, Unkenntnis über den Zugang zu Hilfsangeboten, Schwierigkeiten über die eigenen Gefühle zu sprechen sowie Scham und mangelndes Wissen über postpartale Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten (McIntosh, 1993; Dennis & Chung-Lee, 2006; McCarthy & McMahon, 2008; Goodman, 2009;

Freed et al., 2012). Aufgrund von mangelndem Wissen der Betroffenen über psychische Erkrankungen werden Symptome vielfach nicht erkannt bzw. auf externale Stressoren (hormonelle Umstellung, Geburtskomplikationen, Übergang zur Mutterschaft, Faktoren, die das Kind betreffen) attribuiert (McCarthy & McMahon, 2008, Freed et al., 2012). So zeigen Studien, dass nur die Hälfte der Frauen mit einer Depression nach DSM-IV erkannte, dass ihre Probleme aus der Erkrankung resultieren (Alvidrez & Azocar, 1999; Nadeem et al., 2009). Folgende Risikofaktoren konnten für ein inadäquates bzw. fehlendes Hilfesuchverhalten in der Postpartalzeit eruiert werden: jüngeres Alter, schlechterer Bildungsstand, Primipara, emotionaler Missbrauch während der Schwangerschaft, Zugehörigkeit zu farbigen Bevölkerungsgruppen, ethnischen Minderheiten und ausländisch stämmige Gruppen im Vergleich zu weißen Frauen, erhöhte Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen im Krankenhaus im Vergleich zu Untersuchungen beim Gynäkologen (Huang et al., 2007; McGarry et al., 2009). Eine Behandlung in der Schwangerschaft und die Aufnahme des Neugeborenen auf die Intensivstation waren Protektivfaktoren für eine adäquate Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in der Postpartalzeit (McGarry et al., 2009). Mütter, die bereits in der Schwangerschaft wegen einer depressiven Symptomatik Hilfe aufgesucht haben, sind bei einem erneuten Auftreten der Symptomatik besser in der Lage, die Symptome zu erkennen und sich entsprechende Hilfe zu suchen. Frauen, deren Neugeborene auf die Intensivstation aufgenommen wurden, fällt es leichter, erneut Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie durch die Aufnahme des Kindes in ein umfangreiches medizinisches Unterstützungssystem eingebunden sind und über mögliche Ansprechpartner verfügen (McGarry et al., 2009).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass nicht nur die frühzeitige Erkennung psychischer Störungsbilder durch unterschiedliche Professionen ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung darstellt, sondern auch der Aufbau von Motivation, weitergehende Hilfe in Anspruch zu nehmen, ebenfalls einen bedeutenden Beitrag für die Inanspruchnahme von Behandlung hat.

Folgende Ansätze könnten die Behandlungsinanspruchnahme von betroffenen Frauen verbessern (Dennis & Chung-Lee, 2006):

- Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung,
- (prophylaktische) Aufklärung über die Störungsbilder und Erweiterungen der Kenntnisse über peripartale psychische Erkrankungen und deren Folgen,
- Schaffung von Möglichkeiten der Kinderbetreuung während der Behandlung,
- eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung,
- die Qualifikation von Fachleuten und eine gute Psychoedukation.



## **2.7 Einflussfaktoren auf die Therapieinanspruchnahme**

Bezugnehmend auf die im letzten Abschnitt dargestellten Ergebnisse konnte u.a. ein jüngeres Alter, schlechterer Bildungsstand, Primipara und ein emotionaler Missbrauch während der Schwangerschaft als Risikofaktoren für ein inadäquates bzw. fehlendes Hilfesuchverhalten in der Postpartalzeit eruiert werden (Huang et al., 2007; McGarry et al., 2009). Im Umkehrschluss lassen sich daraus ein höheres Alter, ein besserer sozioökonomischer Status, Multipara und kein Vorliegen von emotionalen Missbrauchserfahrungen während der Schwangerschaft als Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen annehmen. Weiterhin wirkt sich eine während der Schwangerschaft erfolgte Behandlung prädiktiv auf eine adäquate Inanspruchnahme von Behandlungs- und Unterstützungsangeboten in der Postpartalzeit aus (McGarry et al., 2009). In der Literatur liegen weitere Studien zu Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie nach Indikationsstellung von psychosomatisch-psychotherapeutisch arbeitenden Klinikambulanzen vor. Bei Rumpold und Kollegen (2004) lässt sich eine zusammenfassende Übersicht finden, welche im Folgenden dargestellt und um einzelne neuere Studienergebnisse erweitert wird (siehe Tabelle 3, nächste Seite).

Tabelle 3: Compliance-Raten (Umsetzung der Empfehlungen in %) und Einflussfaktoren auf den Überweisungserfolg in eine Psychotherapie psychotherapeutisch-psychosomatisch arbeitender Ambulanzen (in Anlehnung an Rumpold et al., 2004).

Autor	Institution	N	Umsetzg. d. Empfehlg. in %	Positive Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme
<b>Göllner et al., 1983 (Wiener Stichprobe)</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	65	56,9%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- männliches Geschlecht</li> <li>- Alter 25-35</li> <li>- Mittelschicht</li> <li>- Vorstellung auf Eigeninitiative</li> </ul>
<b>Cube, 1983</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	234	50,4%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jüngeres Alter</li> <li>- weibliches Geschlecht</li> <li>- Mittelschicht</li> <li>- primär seelische, weniger psychosomatische Beschwerden</li> </ul>
<b>Brähler &amp; Brähler, 1986</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	66	51,5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jüngeres Alter</li> <li>- männliches Geschlecht</li> <li>- hohe Depressivität</li> <li>- "Gefügigkeit"</li> </ul>
<b>Strauß et al., 1991</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	125	49%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochschulabschluss</li> <li>- keine Suchterkrankung</li> <li>- hohe Therapiemotivation (therapeut. Einschätzung)</li> <li>- Krankheitsdauer &lt; 24 Monate</li> <li>- positive therapeutische Beziehung, Hilfe bei Weitervermittlung durch Therapeut</li> </ul>
<b>Schneider &amp; Bursy, 1994</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	153	63,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualität der Arbeitsbeziehung aus Sicht des Therapeuten</li> </ul>
<b>Franz et al., 1999</b>	Universitätsklinikum (Psychosomatische Konsiliar-Ambulanz)	187	49,2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jüngeres Alter</li> <li>- qualifizierter Schulabschluss</li> <li>- subjektiv stärkere Gesamtsymptombelastung</li> <li>- höhere Werte für Depression und Angst</li> </ul>
<b>Huber et al., 2000</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	235	74%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- höherer Ausbildungsabschluss</li> <li>- sozial besser gestellt</li> </ul>
<b>Rumpold et al., 2004</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	140	57,1 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jüngeres Alter</li> <li>- weibliches Geschlecht</li> <li>- höhere Depressivität</li> <li>- Persönlichkeitsstil von höherer Ausnutzbarkeit, Fürsorglichkeit, Selbstunsicherheit und Expressivität</li> <li>- vorbestehende hohe Psychotherapiemotivation</li> </ul>
<b>Schweickhardt et al., 2005</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	155	68,4%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- höhere Zwanghaftigkeit (Skala SCL-90)</li> <li>- subjektiv höherer Leidensdruck</li> </ul>
<b>Fischer-Kern et al., 2006</b>	Universitätsklinikum (Psychotherapeutische Ambulanz)	92	53%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- höherer Bildungsstand</li> <li>- keine aktuelle Beschäftigung</li> <li>- höheres globales Funktionsniveau (GAF-Skala)</li> </ul>

N=Stichprobengröße

Soziodemografische Variablen, die einen prognostischen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen psychotherapeutischen Behandlung haben, umfassten weitestgehend ein jüngeres Alter, Zugehörigkeit zur Mittelschicht und ein höherer Bildungsstand. Jedoch liegen auch Studien vor, die keinen signifikanten Einfluss der Variable Alter nachweisen konnten (Strauß et al., 1991; Schweickhardt et al., 2005; Fischer-Kern et al., 2006). Weiterhin hatte auch die Schulbildung bei Strauß et al. (1991) keinen positiven prädiktiven Wert. Psychopathologisch haben eine stärkere Ausprägung von Depressivität und Angst, überwiegend seelische im Vergleich zu psychosomatischen Beschwerden oder Suchterkrankungen und eine Erkrankungsdauer von weniger als 24 Monaten einen positiven Einfluss auf die Compliance der Patienten. Darüber hinaus erwiesen sich auch bestimmte Persönlichkeitsstile (Zwanghaftigkeit, Ausnutzbarkeit, Fürsorglichkeit, Selbstunsicherheit, Expressivität) als prognostische Faktoren für einen Überweisungserfolg. Die diagnostizierte psychische Störung (außer Abhängigkeitsdiagnose) und Therapieerfahrungen hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme (Strauß et al., 1991; Schweickhardt et al., 2005; Fischer-Kern et al., 2006). Letztendlich wirkten sich auch eine positive therapeutische Beziehung, eine positive Gesprächsatmosphäre, konkrete Hilfe bei der Weitervermittlung durch den Therapeuten und eine bereits im Voraus bestehende Psychotherapiemotivation beim Patienten positiv auf die Inanspruchnahme einer Psychotherapie aus. Die "Compliance-Raten" (Rate an Umsetzung der Empfehlung) lagen in den aufgeführten Studien zwischen 49 und 74%. Weiterhin beeinflussen natürlich auch weitere Aspekte, wie zum Beispiel die Stigmatisierung oder die Tolerabilität das Inanspruchnahmeverhalten (Schneider, 1990; Franz, 1999, Rumpold et al., 2004).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Frauen mit peripartalen psychischen Störungen eine kurzfristige und spezialisierte Behandlung benötigen. Die Versorgungslage in Deutschland weist in diesem Bereich jedoch Defizite auf. Die Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei" setzt genau an diesem Punkt an und soll in der vorliegenden Arbeit evaluiert werden. Bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie schwangerer und postpartaler Frauen wirken sich nicht nur strukturelle Probleme, wie z.B. lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, sondern auch therapeutische Unsicherheiten und intraindividuelle Barrieren auf Seiten der Betroffenen negativ aus. Aus Studien zur Psychotherapie-Inanspruchnahme nach Vorstellung in einer psychosomatischen Ambulanz sind weitere Einflussfaktoren bekannt, wie z.B. stärker ausgeprägte Angst oder Depression, bestimmte Persönlichkeitsstile, positive therapeutische Beziehung. In der vorliegenden Arbeit interessiert ebenfalls, was die Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Frauen mit peripartalen Störungen positiv beeinflusst. Daraus leiten sich die folgenden Fragestellungen ab.

### **3 FRAGESTELLUNGEN**

#### **Zielstellung der Untersuchung**

Übergeordnetes Ziel der Dissertationsschrift ist es, Patienten, die die Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei" aufsuchen anhand von Informationen zur Soziodemografie und Psychopathologie zu beschreiben, die Spezialsprechstunde zu evaluieren und den Versorgungsbedarf, die Umsetzung der Behandlungsempfehlungen sowie Einflussfaktoren auf die Psychotherapieinanspruchnahme aufzuzeigen. Darüber hinaus interessiert der Verlauf der Psychopathologie in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme.

Zunächst erfolgt eine Deskription des Patienten-Klientels. Anschließend werden Zufriedenheitsmaße, Qualitätsbeurteilungen, Zugangswege und Wartezeiten bzgl. der Spezialsprechstunde analysiert. Der Versorgungsbedarf wird ermittelt und anhand einer Gegenüberstellung von empfohlenen und tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungsleistungen werden Compliance-Raten berechnet und in bisherige Forschungsbefunde eingeordnet. In einem nächsten Schritt werden Einflussfaktoren auf die Psychotherapieinanspruchnahme analysiert. In der Literatur liegen dazu weitestgehend inkonsistente Befunde vor und die Untersuchung soll hierzu einen Erkenntnisgewinn an einer Stichprobe schwangerer und postpartaler Frauen leisten. Abschließend wird der Verlauf der Psychopathologie in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme im Längsschnitt betrachtet.

**Folgende Fragestellungen leiten sich aus oben genannten Zielstellungen ab:**

#### Fragestellung 1

Wie sind die Frauen charakterisiert, die in die Sprechstunde kommen hinsichtlich soziodemografischer, psychischer, schwangerschafts- und geburtsspezifischer Merkmale?

#### Fragestellung 2

Wie wird die Spezialsprechstunde beurteilt, über welche Zugangswege kommen die Frauen, wie sind die Wartezeiten auf einen Ersttermin, wie viele Termine werden in Anspruch genommen und wie zufrieden sind die Patientinnen mit den Behandlungsempfehlungen sowie der Unterstützung bei der Weitervermittlung?

### Fragestellung 3

Wie häufig werden welche Behandlungs- und Unterstützungsangebote empfohlen und wie häufig werden diese im Zeitraum von t0 bis sechs Monate nach dem Erstgespräch umgesetzt?

### Fragestellung 4

Unterscheiden sich Patientinnen mit und ohne Psychotherapieinanspruchnahme hinsichtlich folgender Variablen:

- Alter, Familienstand, Schul- und Ausbildung, Nettoeinkommen, Parität, Erwünschtheit der Schwangerschaft?
- Psychische Störungen in der Vorgeschichte und die aktuelle psychische Störung?
- Belastung durch körperliche und psychische Symptome (BSI), Depressivität (EPDS) und dem allgemeinen psychischen Funktionsniveau (GAF-Skala)
- Persönlichkeitsstile (PSSI)?
- Soziale Unterstützung (F-SozU)?
- Psychotherapievorerfahrung, Anzahl der Gespräche in der Sprechstunde, Zufriedenheit mit dem Erstgespräch, positive Beziehungserfahrung beim Erstkontakt in der Sprechstunde und die Art der erhaltenen Unterstützung bei der Weitervermittlung?

### Fragestellung 5

Wie ist der Verlauf des psychischen Befindens in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme?

## **4 METHODEN**

### **4.1 Modellprojekt "Psychisch gesund für Zwei"**

Das gleichnamige Modellprojekt "Psychisch gesund für Zwei – Wissenschaftliche Begleitevaluation der spezialisierten Beratungs- und Behandlungsangebote für Frauen in Schwangerschaft und früher Mutterschaft" wurde von der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik initiiert und zunächst in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums ausgeführt, vom Land Sachsen gefördert und in enger Kooperation mit der Psychotherapeutischen Elternambulanz am Krankenhaus Dresden-Neustadt und dem Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden durchgeführt. Die Laufzeit des Modellprojektes betrug drei Jahre (2009-2012). Das übergeordnete Ziel bestand darin, die Therapie- und Beratungsangebote für Frauen mit psychischen Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit auszubauen, zu verbessern und zu evaluieren. Schwerpunkt war die wissenschaftliche Begleitevaluation der psychotherapeutischen Versorgung. Dabei erfolgte für jede Frau, die in die Studie eingeschlossen wurde eine umfangreiche Anamneseerhebung, Diagnostik, Erfassung von Versorgungswegen, Zufriedenheitsmaßen und einer umfangreichen Verlaufsbeobachtung (Weidner et al., 2011). Es wurden insgesamt N=195 Frauen in die Studie eingeschlossen und begleitet. Das Studiendesign sah für schwangere Frauen bis zu vier Messzeitpunkte (t0 präpartal, t1 sechs Wochen, t2 sechs Monate und t3 zwölf Monate nach der Geburt) und für postpartale Frauen zwei Messzeitpunkte vor (t0 zur Erstvorstellung, t1 sechs Monate nach Erstvorstellung).

### **4.2 Untersuchungsdesign und -ablauf**

Die vorliegende Untersuchung ist in die Hauptuntersuchung des Modellprojektes „Psychisch gesund für Zwei“ vollständig eingegliedert. Die Analysen beziehen sich auf die in der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik erfassten Daten und in der Schwangeren-Stichprobe wurden ausschließlich die Messzeitpunkte t0 und t1 berücksichtigt. Es handelt sich um eine prospektive naturalistische Längsschnittstudie mit zwei Messzeitpunkten an einer Versorgungs-Stichprobe, die vorwiegend deskriptiv und explorativ vorgeht.

In der folgenden Abbildung 3 ist das allgemeine Studienablaufschema mit den Messzeitpunkten t0 und t1 dargestellt.

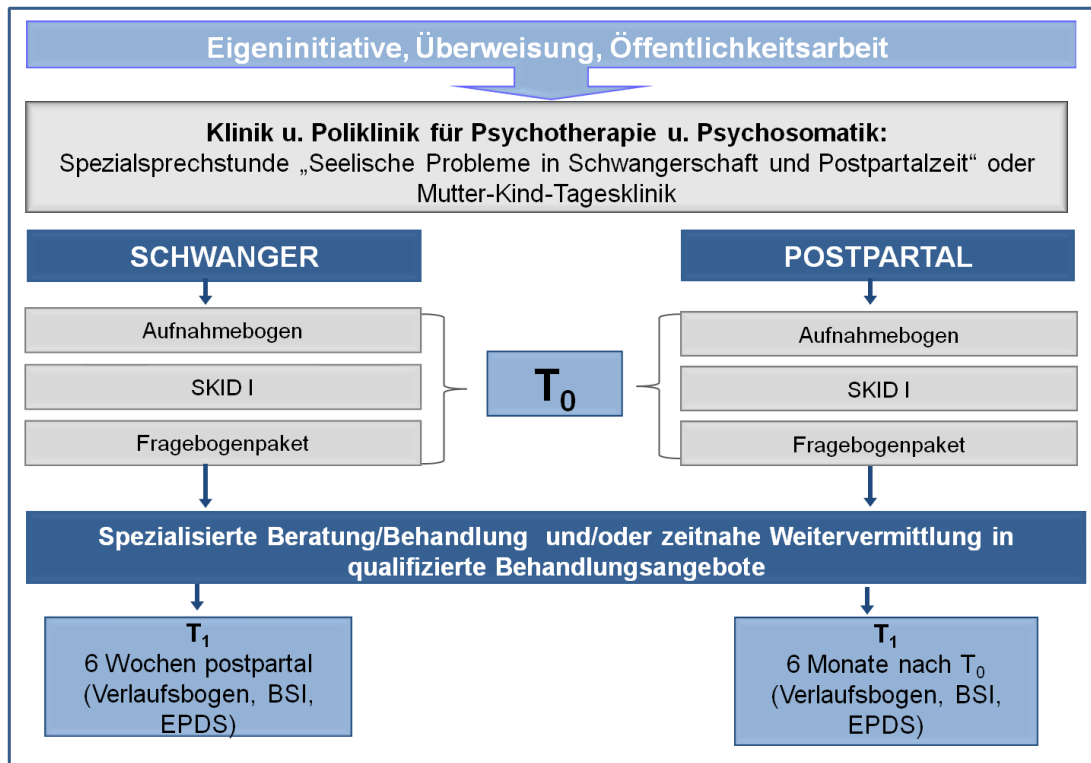


Abbildung 3: Studienablaufschema und eingesetzte Erhebungsinstrumente in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe.

Der Probandeneinschluss erfolgte von März 2010 bis Juli 2011 und die Untersuchung umfasste zwei Messzeitpunkte. T<sub>0</sub> erfolgte für alle Frauen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung. T<sub>1</sub> erfolgte für die in der Schwangerschaft eingeschlossenen Patientinnen sechs Wochen nach der Geburt, was etwa einen Zeitraum von sechs Monaten nach t<sub>0</sub> entsprach. Für Frauen, die sich postpartal vorstellten, erfolgte t<sub>1</sub> sechs Monate nach Erstvorstellung.

Die Einschlusskriterien umfassten ein Mindestalter von 18 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse und ein Lebensalter bis max. zwölf Monate des Kindes von Frauen, die sich postpartal vorstellten. Ausgeschlossen wurden Patientinnen mit Zustand nach Fehl- und Totgeburt sowie Kinderwunsch als primärer Beratungsanlass, Patientinnen mit einer akuten psychotischen Störung und Patientinnen in einer akuten Krisensituation mit Suizidalität. Für diese Frauen erfolgte eine unmittelbare Akutversorgung in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik und aus ethischen Gründen kein Studieneinschluss.

Alle Frauen, die sich während der Schwangerschaft oder bis ein Jahr nach der Geburt ihres Kindes in der Spezialsprechstunde vorstellten und keine weiteren Ausschlusskriterien erfüllten, wurden um Studienteilnahme gebeten. Sie wurden über Ziele und Vorgehen der Studie informiert (Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung vgl. Anhang A) und bei Einwilligung in die Studie eingeschlossen. Die Teilnahme der Frauen war unentgeltlich und

auf freiwilliger Basis. Bei Ablehnung einer Studienteilnahme wurde ein Basisbogen vom Therapeuten ausgefüllt, der grundständige soziodemografische Merkmale beinhaltet.

Zu t<sub>0</sub> erfolgte im Rahmen des Erstgespräches eine umfangreiche Anamneseerhebung und Diagnostik mittels ein- und mehrdimensionaler Erhebungsverfahren. Psychische Störungen wurden mit dem strukturierten klinischen Interview nach DSM-IV für Achse-I-Störungen (SKID-I, Wittchen, Pfister 1997) standardisiert erhoben. Zur dimensionalen Erfassung psychischer und somatischer Symptome bzw. des globalen Funktionsniveaus wurden das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000), die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al., 1987) und die Global Assessment of Functioning-Skala (GAF; Saß et al. 2003) eingesetzt. Persönlichkeitsstile wurden mit Hilfe des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009) und die wahrgenommene soziale Unterstützung mit dem Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU, Fydrich et al, 2007) erhoben.

Mit einem für die Studie entwickelten Aufnahmebogen wurden Informationen zu Soziodemografie, schwangerschafts- und geburtsspezifischen Merkmalen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Vorerfahrungen mit Psychotherapie, psychischen Störungen in der Vorgeschichte und zu den empfohlenen Behandlungsangeboten aus Sicht der Therapeutin erfasst. Die Behandlungsangebote gliederten sich in vier Kategorien: *psychotherapeutische Angebote* (ambulante, teil- und stationäre Psychotherapie, inklusive spezieller teilstationärer Mutter-Kind-Behandlung), *institutionelle Angebote* (Haushaltshilfe, verlängerte Hebammenhilfe, Familienhilfe, Beratungsstellen), *sonstige Hilfsangebote* (Mutter-Kind-Gruppen, Schwangeren-Kuren, Unterstützung durch regionale Vereine; Aktivierung von Ressourcen, Schaffung von Freiräumen, Hilfen zur Prävention der mütterlichen und kindlichen Gesundheit im Sinne der Empfehlung eines schwangerschaftsbedingten Beschäftigungsverbotes) und *medikamentöse Behandlung*. Die Empfehlungen sind durch Mehrfachnennungen der Antwortkategorien gekennzeichnet.

Mit einem ebenfalls selbst entwickelten Evaluations-Fragebogen wurden zu t<sub>0</sub> weiterhin folgende Informationen erfasst: Wartezeit auf Ersttermin, Zuweisender Fachbereich (Hausarzt, Gynäkologe, Psychiater, Psychotherapeut, Hebamme, Internet, Flyer, Bekannte, Sonstiges), Beurteilung der Sprechstunde anhand von sieben Fragen und mit Hilfe der Vergabe einer Gesamtnote, das Beziehungserleben im Erstkontakt, Lob- und Kritikpunkte aus Patientensicht bzgl. der Sprechstunde.



Zu t1 wurden wiederholt psychische und somatische Symptome mittels BSI und EPDS erhoben.

Mit Hilfe eines selbst entwickelten Verlaufsbogens wurden folgende Informationen erfasst: Anzahl der Termine in der Sprechstunde (1 Termin, 2-3 Termine, 4-6 Termine, 7-10 Termine, mehr als 10 Termine), Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen (4-stufige Ratingskala, 1=sehr zufrieden, 4=sehr unzufrieden), die aktive Unterstützung durch den Therapeuten bei der Weitervermittlung (Beratung zu den Angeboten, konkrete Adressen zu den Angeboten, Telefonat mit Weiterbehandler, Terminvereinbarung bei Weiterbehandler), die Zufriedenheit mit der Unterstützung bei der Weitervermittlung (4-stufige Ratingskala, 1=sehr zufrieden, 4=sehr unzufrieden) und die in Anspruch genommenen Behandlungsangebote seit dem Erstkontakt.

Das Erstgespräch wurde von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen geführt, das klinische Interview wurde von geschulten Studentinnen der Psychologie und Medizin durchgeführt und durch die jeweiligen Therapeutinnen supervidiert. Der Aufnahme- und Verlaufsbogen wurde von den Studienmitarbeiterinnen ausgefüllt, der Evaluationsbogen wurde von Patientinnen selbständig beantwortet. Alle Erhebungsinstrumente werden im Abschnitt 4.5 eingehend erläutert.

Die Anonymisierung erfolgte über die Generierung eines Probandencodes. Die Datenerhebung fand in den Räumen der Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums an der TU Dresden statt. Auf Wunsch der Probandinnen und um die Drop-Out Rate möglichst gering zu halten, erfolgte die Befragung auch bei den Teilnehmerinnen zu Hause. Die durchgeführten Untersuchungen wurden im Voraus von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden überprüft und befürwortet (EK 332122008). Es besteht/bestand kein Interessenkonflikt hinsichtlich der Studienergebnisse bei der Autorin/ dem Projektteam.

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung dienten Informationen aus dem SKID-Interview und dem Aufnahmebogen. Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung kamen entsprechende Daten aus dem Evaluations und Verlaufs-Fragebogen zur Anwendung. Die Behandlungsinanspruchnahme (Fragestellung 3) wurde mittels Aufnahme- und Verlaufsbogen erhoben. Folgende Variablen wurden als mögliche Einflussfaktoren auf die Umsetzung einer empfohlenen Psychotherapie analysiert (Fragestellung 4): Alter, Familienstand, Schulbildung, höchster erreichter Ausbildungsgrad, monatliches Nettoeinkommen, Parität, Erwünschtheit der Schwangerschaft, psychische Störungen in der Vorgeschichte (Eigenanamnese), aktuell diagnostizierte psychische Störung (SKID),

Belastung durch körperliche und psychische Symptome (BSI), Depressivität (EPDS), globales Funktionsniveau (GAF-Skala), Persönlichkeitsstile (PSSI), wahrgenommene soziale Unterstützung (F-SozU), Psychotherapievorerfahrung (ja/nein), Zufriedenheit mit dem Erstgespräch (Ratingskala 1=sehr zufrieden bis 4=sehr unzufrieden), Beziehungserleben im Erstkontakt (Ratingskala 1=sehr zufrieden bis 4=sehr unzufrieden), aktive Unterstützung durch den Therapeuten (Beratung zu den Angeboten, konkrete Adressen zu den Angeboten, Telefonat mit Weiterbehandler, Terminvereinbarung bei Weiterbehandler). Für das Beziehungserleben im Erstkontakt wurden die Items „Ich fühle mich in den Gesprächen wohl“ und „Ich habe Vertrauen zur behandelnden Person“ (6-stufige Ratingskala, 1=stimme sehr zu, 6=stimme überhaupt nicht zu) als Indikatoren herangezogen.

Der Verlauf des psychischen Befindens (Fragestellung 5) wurde mittels BSI und EPDS zu t0 und t1 in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme analysiert.

### **4.3 Stichprobenbeschreibung**

Es handelte sich um eine Versorgungs-Stichprobe. 247 Patientinnen nahmen ein Erstgespräch in Anspruch, für 147 Frauen (49 schwanger, 98 postpartal) erfolgte der Studieneinschluss. N=37 willigten nicht in die Studienteilnahme ein, für n=1 lag keine Einverständniserklärung vor, n=62 erfüllten die Ausschlusskriterien: <18 Jahre alt (n=1), unzureichende Deutschkenntnisse (n=1), Alter des Kindes bei Patientinnen, die sich postpartal vorstellten >12 Monate (n=4), Z. n. Fehl- und Totgeburt oder Kinderwunsch als primärer Beratungsanlass (n=51), akute psychotische Störung oder akute Krisensituation mit Suizidalität (n=5). Für diese Frauen erfolgte eine unmittelbare Akutversorgung in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik, jedoch aus ethischen Gründen kein Studieneinschluss.

Folgende Gründe gaben die Patientinnen für das Ausscheiden im Studienverlauf an: keine Zeit (n=4), stationäre psychiatrische Behandlung (n=1), Umzug in eine weit entfernte Stadt (n=1), Patientin kam nicht aus der Umgebung und wollte nur einen einmaligen Beratungstermin wahrnehmen (n=1), Patientin fühlte sich zu stark psychisch belastet (n=1), Termin kurzfristig abgesagt und kein Interesse mehr (n=4). Die Dropout-Analysen erfolgen unter Punkt 4.4 In der untenstehenden Abbildung 4 sind die Messzeitpunkte, Stichprobengrößen und Dropouts in beiden Stichproben dargestellt.

Zu t1 umfasste die Stichprobe 102 Frauen (33 schwanger, 69 postpartal), was einer Teilnehmerquote von 69.4% entspricht.

Soziodemografische, schwangerschafts- und geburtsspezifische Merkmale werden im Rahmen der ersten Fragestellung im Ergebnisteil beantwortet.

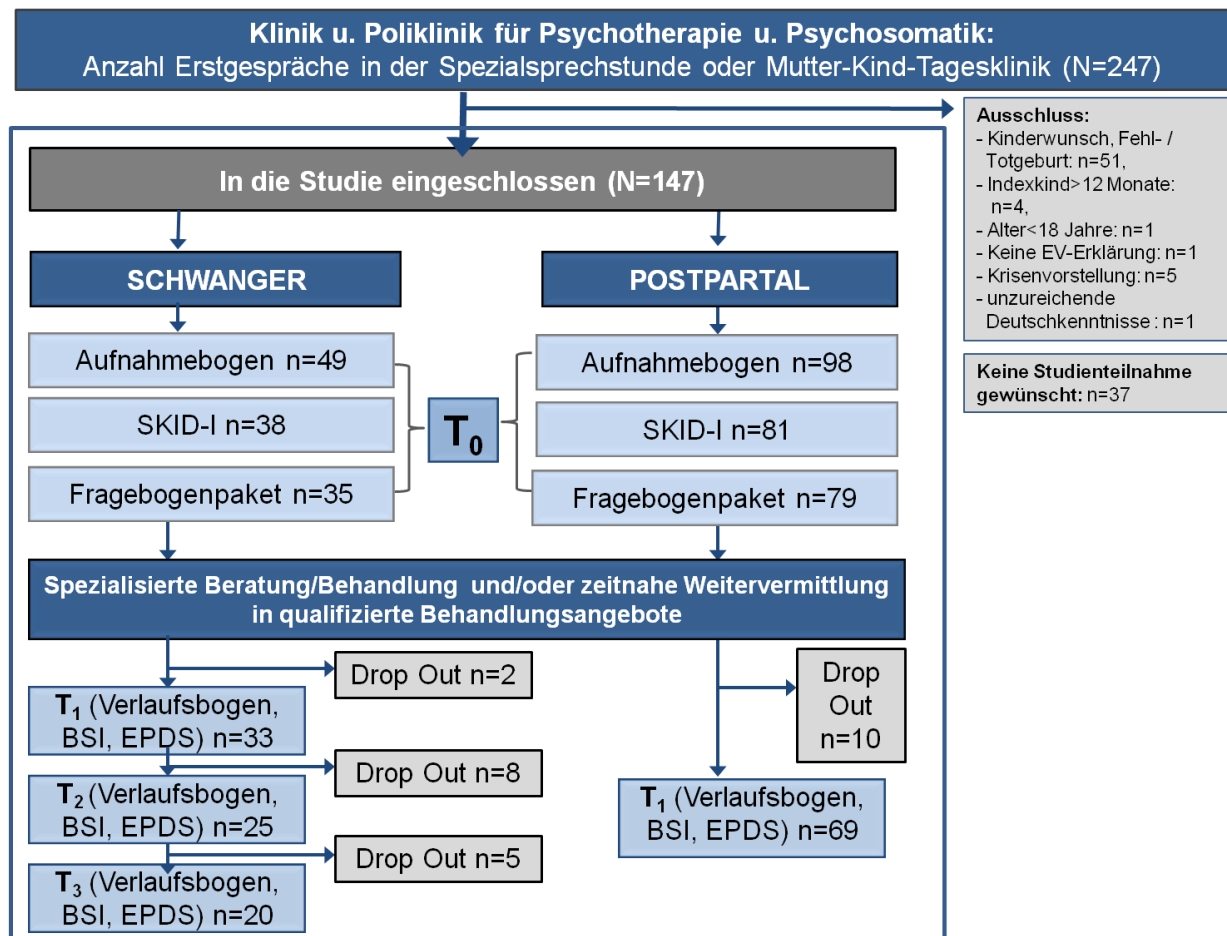


Abbildung 4: Messzeitpunkte, Stichprobengrößen und Dropouts in beiden Stichproben.

#### 4.4 Drop-out-Analyse

Für die Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe erfolgten Drop-out-Analysen zur Beschreibung der Ausfälle hinsichtlich grundständiger soziodemographischer und psychometrischer Kennwerte des BSI und der EPDS. Es wurde auf signifikante Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Ablehnern sowie zwischen Teilnehmern, mit und ohne diagnostischem Interview (SKID) und Teilnehmern mit und ohne Teilnahme am Messzeitpunkt t1 geprüft.

##### 4.4.1 Drop-out-Analyse in der Schwangeren-Stichprobe

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern (n=49) und Ablehnern (n=14) in den Variablen Alter ( $T(60)=-0,182$ ,  $p=0,856$ ), Familienstand ( $\chi^2=2,010$ ,  $p=0,366$ ), aktuelle Lebenssituation ( $\chi^2=1,402$ ,  $p=0,496$ ), Ausbildung ( $\chi^2=3,249$ ,  $p=0,777$ ), gegenwärtige Erwerbstätigkeit ( $\chi^2=0,019$ ,  $p=0,890$ ) und Schwangerschaftswoche bei

Erstvorstellung ( $T(59)=-0,060$ ,  $p=0,953$ ). Jedoch unterschieden sich Studienteilnehmerinnen signifikant von Ablehnern hinsichtlich ihres Schulabschlusses (Fischer=8,608,  $p=0,045$ ). Patientinnen, die an der Studie teilnahmen, hatten häufiger die Hochschulreife ( $n=26$ , entspricht 57,5%) als Patientinnen, die eine Studienteilnahme ablehnten ( $n=2$ , entspricht 22,2%).

Zwischen Teilnehmern, mit diagnostischem Interview (SKID) und denen ohne Interview ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den soziodemografischen Variablen. Da die meisten Patientinnen ohne Interview auch kein Fragebogenpaket ausfüllten, wurde auf eine Unterschiedsprüfung hinsichtlich psychometrischer Kennwerte im BSI und der EPDS verzichtet.

Zwischen Patientinnen, die zu t1 ausgeschieden sind und denen, die nicht ausgeschieden sind, lagen keine systematischen Unterschiede in den soziodemografischen Variablen und psychometrischen Kennwerten vor.

#### **4.4.2 Drop-out-Analyse in der Postpartal-Stichprobe**

Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern ( $n=98$ ) und Ablehnern ( $n=23$ ) in den Variablen Alter ( $T(118)=1,084$ ,  $p=0,281$ ), Schulabschluss (Fisher=4,444,  $p=0,329$ ), Ausbildung (Fisher=1,085,  $p=0,974$ ), Familienstand (Fisher=4,548,  $p=0,103$ ) und gegenwärtige Erwerbstätigkeit ( $\chi^2=1,446$ ,  $p=0,229$ ). Es lag jedoch ein signifikanter Unterschied in der Variable Postpartalwoche bei Erstvorstellung ( $T(119)=2,387$ ,  $p=0,019$ ) und ein tendenziell signifikanter Unterschied in der Variable aktuelle Lebenssituation (Fisher=4,882,  $p=0,088$ ) vor. Frauen, die an der Studie teilnahmen stellten sich früher (MW=14,32, SD=11,62,  $n=98$ ) in der Spezialsprechstunde vor als Frauen, die eine Teilnahme ablehnten (MW=20,47, SD=16,12,  $n=23$ ) und waren tendenziell seltener alleinstehend (9,3% vs. 26,1%).

Zwischen Teilnehmern mit diagnostischem Interview (SKID) und denen ohne Interview lagen keine signifikanten Unterschiede in den soziodemografischen Variablen vor. Da genauso wie in der Schwangeren-Stichprobe, die meisten Patientinnen ohne Interview auch kein Fragebogenpaket ausfüllten, wurde auch hier auf eine Unterschiedsprüfung hinsichtlich psychometrischer Kennwerte im BSI und der EPDS verzichtet.

Zwischen Teilnehmern und Dropouts ergaben sich signifikante Unterschiede im Alter ( $T(96)=-2,026$ ,  $p=0,046$ ), monatlichen Nettoeinkommen ( $U=312,500$ ,  $p=0,007$ ) und der finanziellen Zufriedenheit ( $\chi^2=14,769$ ,  $p=0,007$ ). Patientinnen, die an beiden Messzeitpunkten teilnahmen waren älter, mit ihrer finanziellen Situation zufriedener und hatten ein höheres monatliches Nettoeinkommen im Vergleich zu Patientinnen, die zu t1 ausgeschieden sind. Hinsichtlich der Fragebogenskalen des BSI und der EPDS lag ausschließlich auf der Skala phobische Angst ( $U=200,00$ ,  $p=0,012$ ) ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen

vor. Postpartale Patientinnen, die an beiden Messzeitpunkten teilnahmen wiesen weniger stark ausgeprägte phobische Ängste auf als Patientinnen, die ausgeschieden sind.

#### **4.4.3 Drop-out-Analyse in der Gesamt-Stichprobe**

Studienteilnehmerinnen waren häufiger Studenten bzw. befanden sich noch in Ausbildung; Studienablehnerinnen (N=37) waren häufiger ohne Ausbildungsabschluss ( $\chi^2=13,567$ ,  $p=0,009$ ) und alleinstehend ( $\chi^2=7,576$ ,  $p=0,023$ ). Frauen, die zu t0 und t1 teilnahmen, waren älter (t0 und t1: MW=30,5, SD=4,9, N=102; nur t0: MW=28,5, SD=5,9, N=45;  $T(145)=2,128$ ,  $p=0,035$ ) und verdienten besser ( $U=888,000$ ,  $p=0,043$ ) im Vergleich zu Frauen, die nach t0 ausgeschieden sind. Es lagen keine weiteren systematischen Unterschiede zwischen Teilnehmern und Dropouts vor.

### **4.5 Erhebungsinstrumente**

#### **4.5.1 Aufnahme- und Verlaufsbogen**

Der Aufnahme- und der Verlaufsbogen wurden unter Berücksichtigung der Fragestellungen und Ziele des Modellprojekts konstruiert und sind im Anhang B dargestellt. Dafür wurde sowohl auf die Expertise der erfahrenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des Projektes als auch auf bereits vorliegende Fragebögen aus vorherigen Untersuchungen, wie der LOS-Studie - Lebensfroh und optimistisch durch die Schwangerschaft - (Bittner et al., 2014b; Junge-Hoffmeister et al., 2011; Richter et al., 2010, 2012) und der Geburtsort-Studie (Gerstner, 2016; Junge-Hoffmeister et al., 2016) zurückgegriffen.

Der 12-Seiten umfassende Aufnahmebogen ist in unterschiedliche Sektionen gegliedert und ermöglichte eine sehr differenzierte Informationserfassung. Der Fragebogen wurde von den Therapeutinnen während des Erstgespräches beantwortet. Die folgenden interessierenden Variablen wurden mittels Aufnahmebogen erfasst: Soziodemografie, Schwangerschafts-/Postpartalwoche, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Anzahl früherer Krankheitsepisoden, Psychotherapie-Vorerfahrung, Erwünschtheit der Schwangerschaft, Parität, Schwangerschaftsabbrüche, Fehl-/Totgeburten, Zeitpunkt der Entbindung, Entbindungsmodus und die Behandlungsempfehlung.

Der ebenfalls 12-Seiten umfassende Verlaufsbogen wurde zur Verlaufsbefragung (t1) durch die Projektmitarbeiterinnen bearbeitet. Mit dem Verlaufsbogen wurden folgende Variablen erfasst: Anzahl der Konsultationstermine in der Sprechstunde und Zufriedenheit damit, Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen, die Art der erhaltenen Unterstützung durch die Therapeutin bei der Suche nach einer weiterführenden Behandlung und die Zufriedenheit damit sowie die Behandlungsinanspruchnahme.

Sowohl im Aufnahme- als auch im Verlaufsbogen besitzen fast alle Items ein geschlossenes Antwortformat, was eine zeitökonomische Bearbeitung und den Einsatz im klinischen Alltag, eine höhere Objektivität und eine leichtere statistische Auswertung ermöglichte.

#### **4.5.2 Evaluations-Fragebogen**

Der selbst entwickelte Evaluations-Fragebogen (siehe Anhang B) besteht aus sieben Fragen zur Erfassung verschiedener Gesprächs- und Qualitätsaspekte der Spezialsprechstunde aus Sicht der Patientinnen, die auf einer 6-stufigen Ratingskala von 1="stimme sehr zu" bis 6="stimme überhaupt nicht zu" beantwortet wurden. Zwei Items beinhalteten den Aspekt der therapeutischen Beziehung (Item 2 und 3), zwei Items bezogen sich auf die Psychoedukation und Informationen zur Weiterbehandlung (Item 1 und 7) und drei Items beinhalteten die Zufriedenheit mit der Sprechstunde (Items 4,5 und 8). Mit dem Fragebogen wurden auch der zuweisende Fachbereich, die Wartezeit auf den Ersttermin, Lob- und Kritikpunkte zur Sprechstunde und die Beurteilung in Form einer Schulnote erfasst und ausgewertet.

#### **4.5.3 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-VI (SKID I)**

Das Strukturierte Klinische Interview dient der Diagnostik psychischer Syndrome und Störungen, wie sie im DSM-IV, Achse I definiert werden (Wittchen et al., 1997). Alle Diagnosen werden im Längs- und Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erfasst. Das SKID ist ein semistrukturiertes klinisches Interview und folgende DSM-IV-Achse I-Diagnosen können im SKID I definiert werden: Affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Somatoforme Störungen und Essstörungen. Die Fragen und Kodierungen sind vorgegeben, dennoch hat der Interviewer die Möglichkeit, die Reihenfolge und das Format der Fragen durch entsprechende Sprungregeln anzupassen. Die Durchführungszeit beträgt im Durchschnitt 74 Minuten. Untersuchungen zur Anwendbarkeit, Reliabilität und Effizienz bestätigten befriedigende psychometrische Befunde (Wittchen et al., 1997). Das Vorliegen einer psychischen Störung zum aktuellen Zeitpunkt und/oder in der Anamnese wurde mit Hilfe des SKID I standardisiert zum Zeitpunkt T0 von geschulten Studentinnen der Psychologie erfasst und im Rahmen einer Fallkonferenz mit dem jeweiligen Therapeuten und weiteren klinischen Mitarbeiterinnen supervidiert und validiert.

#### **4.5.4 Global Assessment of Functioning-Skala (GAF-Skala)**

Die Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus ist eine diagnostische Screening-Maßnahme in Form eines Expertenratings und dient der Beurteilung des psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsniveaus eines Patienten (Saß et al., 2003). Sie basiert auf

der Achse V des DSM-IV und wird in zehn Funktionsniveaus unterteilt, wobei die Abstufung der zehn Niveaus in Zehner Schritten von 1-100% erfolgt (siehe Tabelle 4). In jedem der zehn Niveaus wird der Schweregrad der Symptome und die Funktionsfähigkeit des Patienten kategorisiert. Der Skalenwert des augenblicklichen Funktionsniveaus spiegelt den Bedarf an Behandlung und Fürsorge wider (Margraf & Schneiders, 2006). Die Abstufung ist wie folgt und für eine differenzierte Beurteilung können auch Zwischenwerte verwendet werden.

Tabelle 4: Skala zur Beurteilung des globalen Funktionsniveaus (zitiert nach Saß et al., 2003).

<b>Funktion in %</b>	<b>Globale Erfassung des Funktionsniveaus</b>
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome, gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen.
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren; höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
70-61	Einige leichte Symptome ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit, aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit.
50-41	Ernste Symptome ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung.
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation.
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen

#### 4.5.5 Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)

Die Edinburgh Postnatal Depression-Scale ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung depressiver Symptome anhand von 10 Fragen mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten, denen entsprechend des Schweregrades ein Punktwert von 0 bis 3 zugeordnet ist. Sie gilt als ein international eingesetztes und valides Screening-Instrument für die Peripartalzeit. Die Skala wurde von Cox und Kollegen im Jahr 1987 entwickelt und 1998 von Bergant und Mitarbeiter in die deutsche Sprache übersetzt. Auf der Homepage der Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Störungen steht der Fragebogen als "Befindlichkeitsfragebogen" online frei zur Verfügung ([www.marce-gesellschaft.de](http://www.marce-gesellschaft.de)). Die Punktwerte der 10 Fragen werden zu einem

Summenwert aufaddiert und können einen Gesamtwert zwischen 0 und 30 annehmen. Für die Interpretation der Summenwerte gilt: Werte von 0-9 sprechen für eine geringe Wahrscheinlichkeit einer Depression, Werte von 10-12 für eine mäßige und Summenwerte ab 13 für eine 60-100%-ige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer depressiven Störung. In der Schwangerschaft wird ab einem Punktwert von 14 und in der Postpartalzeit ab einem Punktwert von 12 eine (fach-)ärztliche/psychotherapeutische Untersuchung empfohlen (Gawlik et al. 2010). Der Fragebogen schließt körperliche Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen und Reizbarkeit aus, da diese während der Peripartalzeit nicht eindeutig als Symptome einer Depression gewertet werden können. Die teststatistischen Kennwerte sind als gut zu beurteilen (Split-half-Reliabilität  $r=0.82$ , interne Konsistenz  $\alpha=0.81$ ). An einer repräsentativen deutschen Stichprobe ( $N=110$ ) konnte bei einem EPDS-Score-Schwellenwert von 9,5 eine Sensitivität von 0,96, eine Spezifität von 1 und ein positiver Vorhersagewert von ebenfalls 1 nachgewiesen werden (Bergant et al. 1998). Bei der Berechnung ist zu beachten, dass sieben Items invertiert werden müssen. In der vorliegenden Arbeit ist ein Missing zulässig.

#### **4.5.6 Brief Symptom Inventory (BSI)**

Das Brief Symptom-Inventar von L.R. Derogatis (dt. Version von Franke, 2000) ist ein mehrdimensionales Selbstbeurteilungsinventar und erfasst die aktuell empfundene Belastung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der letzten 7 Tage. Der Fragebogen enthält 53 Items und ist eine Kurzform der 90 Fragen umfassenden Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R). Die Durchführungsdauer beträgt 8-10 Minuten. Die individuelle psychische Belastung wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala von „0=überhaupt nicht“ bis „4=sehr stark“ beurteilt. 49 der 53 Items werden zu folgenden neun Symptomskalen zusammengefasst. Die restlichen vier Zusatzitems sind keiner Skala zugeordnet und können separat ausgewertet werden.

- Somatisierung (SOMA): einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen; 7 Items.
- Zwanghaftigkeit (ZWAN): "Gedanken, Impulse und Handlungen, die vom Individuum als nicht änderbar und ich-fremd erlebt werden" sowie Verhalten/Empfinden bei Leistungsstörungen; 6 Items.
- Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI): leichte soziale Unsicherheit bis hin zur Wahrnehmung persönlicher völliger Unzulänglichkeit; 4 Items.
- Depressivität (DEPR): Traurigkeit bis hin zur manifesten Depression; 6 Items.
- Ängstlichkeit (ANGS): körperlich spürbare Nervosität bis zu starker Angst; 6 Items.
- Aggressivität/Feindseligkeit (AGGR): Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis zu starker Aggressivität; 5 Items.



- phobische Angst (PHOB): leichtes Gefühl von Bedrohung bis zur massiven phobischen Angst; 5 Items.
- paranoides Denken (PARA): Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis zu starkem paranoiden Denken; 5 Items.
- Psychotizismus (PSYCH): mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis zur Evidenz psychotischer Episoden; 5 Items.
- Zusatzitems: Fragen nach schlechtem Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod und Schuldgefühlen; 4 Items.

Die Werte der neun Skalen werden zu 3 globalen Kennwerten zusammengefasst: Global Severity Index, Positive Symptom Distress Index und Positive Symptom Total. Der GSI-Wert gilt als sensitivster und damit bester Indikator für das Ausmaß psychischer Belastung (Geisheim et al., 2002). In der vorliegenden Arbeit fließen die Ergebnisse der neun Sub-Skalen und der GSI-Kennwert zur Beurteilung der empfundenen Belastung ein. Pro Skala ist maximal eine fehlende Antwort zulässig, bei der Bildung des GSI-Wertes sind maximal 13 fehlende Antworten zulässig. Laut Manual gilt eine Person als überdurchschnittlich psychisch belastet, wenn der GSI-Wert  $\geq 0,62$  ist (entspricht einem T-Wert  $\geq 63$ ) oder mindestens 2 Skalen T-Werte  $\geq 63$  erreichen (Franke, 2000). Die interne Konsistenz (Chronbach's Alpha) liegt in der Norm-Stichprobe gesunder Erwachsener ( $n=600$ ) zwischen dem niedrigen Wert  $\alpha=0,39$  (PHOB) und dem als befriedigend zu beurteilenden Wert  $\alpha=0,72$  (ZWAN, DEPR) (Franke, 2000). In einer Stichprobe von  $N=1.252$  Patienten, die in einer von drei Ambulanzen der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie behandelt wurden und hauptsächlich unter Angststörungen litten, ergaben sich für die neun Subskalen interne Konsistenzen von  $\alpha=0,70$  (PSYCH) bis  $\alpha=0,87$  (DEPR). Gute interne Konsistenzen ( $\alpha=0,80-0,89$ ) ergaben sich für die fünf Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit und phobische Angst. Sehr gut ( $\alpha>0,90$ ) war die interne Konsistenz für den globalen Kennwert GSI mit  $\alpha=0,96$ . Für die Skalen Somatisierung, Aggressivität, paranoides Denken und Psychotizismus lagen die internen Konsistenzen im befriedigendem Bereich ( $\alpha=0,70-0,79$ ) (Geisheim et al., 2002). Die Retest-Reliabilität in der deutschen Normstichprobe gesunder Erwachsener ( $n=70$ ) rangiert von  $r=0,73$  (PHOB) und  $r=0,93$  (ZWAN, GSI), was als gut bis sehr gut zu beurteilen ist (Franke, 2000). Hohe Korrelationen mit konvergenten Maßen sprechen für eine gute Konstruktvalidität des BSI (Franke, 2000). Nach Franke (2000) konnten bislang keinerlei Einflussfaktoren festgestellt werden, die eine Messwiederholung ungünstig beeinflussten. Kritisch anzumerken sind jedoch nachweisbare hohe Interkorrelationen zwischen den einzelnen BSI-Skalen, was die Unabhängigkeit der Skalen in Frage stellt. Das BSI erfasst wahrscheinlich einen "allgemeinen Stress-Index psychischer Störungen und nicht klar abgrenzbare Dimensionen

unterschiedlicher Psychopathologie" (zit. Geisheim et al., 2002, S. 32). Eine Überprüfung, ob sich das BSI zur Veränderungsmessung eignet, ergab zufriedenstellende Ergebnisse; sodass der Einsatz des BSI für diesen Zweck empfohlen werden kann (Geisheim et al., 2002).

#### **4.5.7 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)**

Der F-SozU erfasst die subjektiv wahrgenommene oder antizipierte soziale Unterstützung. Dies ist die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk zu erhalten bzw. auf Ressourcen des sozialen Umfelds zurückgreifen zu können (Dunkel et al., 2005). In der vorliegenden Untersuchung wird die Kurzversion mit 14 Items eingesetzt, welche durch Itemselektion besonders trennscharfer Items aus der Standardform (54 Items) gebildet wurde (Fydrich et al., 2007). Die Items liegen in Aussageform vor und werden auf einer fünfstufigen Likertskala („1=trifft nicht zu“ bis „5=trifft genau zu“) beantwortet. Die Durchführungsdauer beträgt 2-3 Minuten. Für die Auswertung werden die Itemantworten aufsummiert, durch die Anzahl der bearbeiteten Items dividiert und mit den Normtabellen der entsprechende Prozentrang zugeordnet. Es sind maximal zwei fehlende Messwerte zulässig und es bedarf keiner Umkodierung der Items. Aufgrund der Kürze der Skala und der geringen Item-Anzahl sollte die Auswertung und Interpretation ausschließlich auf Gesamtskalenebene erfolgen. Bei der Interpretation der Ergebnisse gelten Prozentränge zwischen 16 und 84 als durchschnittlich bzw. unauffällig, Prozentränge zwischen 3 und 15 im unteren sowie zwischen 85 und 97 im oberen Bereich weisen auf deutliche Abweichungen vom Durchschnitt der Bevölkerung hin. Als sehr auffällig kann der Bereich unter einem Prozentrang von 3 bzw. über einem Prozentrang über 97 betrachtet werden. Allgemein besteht mit dem Verfahren nur eine geringe Differenzierungsfähigkeit im Bereich hoher sozialer Unterstützung. Umgekehrt differenziert der F-SozU gut im Bereich geringer sozialer Unterstützung (Fydrich et al., 2007). Die Kurzversion ein ökonomisches Verfahren zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und zeichnet sich durch sehr gute itemstatistische Kennwerte und einer sehr hohen internen Konsistenz (Cronbach's  $\alpha=0,94$ ) aus (Fydrich et al., 2009). Die Split-Half-Reliabilität beträgt für den Gesamtwert  $r=0,92$ . Damit kann die Genauigkeit der Messung als sehr gut beurteilt werden (Dunkel et al., 2005).

#### **4.5.8 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)**

Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (Kuhl & Kazén, 2009) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst. Diese werden als nicht-pathologische Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen betrachtet. Der PSSI enthält insgesamt 140 Items, die den folgenden 14 Skalen mit jeweils 10 Items zugeordnet werden:

- Eigenwilliger Stil (Paranoide Persönlichkeitsstörung)
- Zurückhaltender Stil (Schizoide Persönlichkeitsstörung)
- Ahnungsvoller Stil (Schizotype Persönlichkeitsstörung)
- Spontaner Stil (Borderline Persönlichkeitsstörung)
- Liebenswürdiger Stil (Histrionische Persönlichkeitsstörung)
- Ehrgeiziger Stil (Narzisstische Persönlichkeitsstörung)
- Selbstkritischer Stil (Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung)
- Loyalere Stil (Abhängige Persönlichkeitsstörung)
- Sorgfältiger Stil (Zwanghafte Persönlichkeitsstörung)
- Kritischer Stil (Negativistische Persönlichkeitsstörung)
- Stiller Typ (Depressive Persönlichkeitsstörung)
- Hilfsbereiter Stil (Selbstlose/Abhängige Persönlichkeitsstörung)
- Optimistischer Stil (Rhapsodische Persönlichkeitsstörung)
- Selbstbehauptender Stil (Antisoziale Persönlichkeitsstörung)

Die Items werden auf einer 4-stufigen Ratingskala („3 = trifft gar nicht zu“ bis „0 = trifft ausgesprochen zu“) beantwortet. Die Durchführungszeit beträgt etwa 20 Minuten. Bei der Auswertung müssen 13 Items umgepolt werden und es wird die Summe der zehn Itemwerte für jede Subskala berechnet. Es sind maximal 2 fehlende Angaben zulässig. Die Summenrohwerte der einzelnen Skalen werden mittels geschlechtsspezifischer Normtabellen Prozentrang- und T-Werte zugeordnet. T-Werte zwischen 40 und 60 liegen im durchschnittlichen, T-Werte über 60 im überdurchschnittlichen/auffälligen und T-Werte unter 40 im unterdurchschnittlichen Bereich. Mit dem PSSI können keine Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, allerdings erhöht sich bei Extremausprägungen (z.B. T-Wert>70) der Verdacht auf eine solche (Kuhl & Kazén, 2009). Die Konsistenzkoeffizienten (Chronbach's Alpha) variieren zwischen  $\alpha=.73$  und  $.85$ . und sind damit als sehr zufriedenstellend einzuschätzen. Die Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten (6 Wochen) liegen zwischen  $r=.68$  und  $r=.83$ . Zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität wurde das PSSI mit den Skalen des 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test und mit denen des NEO-Fünf-Faktoren Inventars nach Costa und McCrae verglichen (Kuhl & Kazén, 2009). Es ergaben sich zahlreiche signifikante Zusammenhänge zwischen den Fragebogenskalen, die in einem moderaten Bereich um  $r=0,40$  liegen.

#### 4.6 Statistische Auswertung

Um die Stichprobenausfälle im Studienverlauf auf signifikante Unterschiede hinsichtlich grundständiger soziodemografischer und psychometrischer Kennwerte zu analysieren, erfolgten je nach Skalenniveau entsprechende Testverfahren. Bei intervallskalierten Variablen (Alter, Postpartal-/Schwangerschaftswoche, EPDS-Summenwert, BSI-Mittelwerte) fand der t-Test für unabhängige Stichproben, bei ordinalskalierten Variablen (monatliches Netto-Haushaltseinkommen und Zufriedenheit mit der finanziellen Situation) der Mann-Whitney-U-Test und bei nominalskalierten Variablen (Familienstand, Lebenssituation, Schulabschluss, Ausbildung, Parität, Erwerbstätigkeit) der Chi-Quadrat-Test ( $\chi^2$ ) bzw. der exakte Fisher-Test Verwendung.

Zur Beantwortung der ersten, zweiten und dritten Fragestellung erfolgte eine deskriptive Auswertung der Daten. Die psychischen Diagnosen orientierten sich an der ICD-10 Klassifikation. Unterschiede zwischen der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe hinsichtlich der Beurteilung der Spezialsprechstunde wurden mittels t-Tests für unabhängige Stichproben überprüft. Der t-Test für unabhängige Stichproben ist immer dann anzuwenden, wenn die Vergleichsgruppen aus unterschiedlichen Fällen bestehen, die unabhängig voneinander aus ihren Grundgesamten gezogen wurden (Janssen & Laatz, 2005). Die statistischen Voraussetzungen sind: intervallskalierte Variablen, Normalverteilung, Homogenität der Varianzen (Prüfung mittels Levene-Test) und eine zufällige Auswahl der Fälle. Der t-Test gilt ab einer Stichprobengröße von  $n=50$  als robust gegenüber einer Abweichung von der Normalverteilung (Rudolf & Müller, 2004). Bei der Gegenüberstellung von empfohlenen und tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen basieren die Berechnungen auf einer fallweisen Auswertung.

Die Prüfung auf das Vorliegen einer Normalverteilung erfolgte grafisch mittels Normalverteilungsdiagrammen, dem Shapiro-Wilk-Test und dem Kolmogorov-Smirnow-Test. Der Shapiro-Wilk-Test ist ein Normalverteilungstest mit hoher Güte (geringer  $\beta$ -Fehler bzw. Fehler 2. Art) für kleine Stichproben ( $N < 50$ ; Bühl & Zöfel, 2005). Bei  $p > 0,05$  wird die Annahme auf Normalverteilung beibehalten und es können entsprechende parametrische Verfahren eingesetzt werden. Bei  $p < 0,05$  werden parameterfreier Verfahren für die statistischen Analysen herangezogen.

Die von den Patientinnen angegebenen Lob- und Kritikpunkte in der ersten Fragestellung wurden aufgelistet, nach dem Inhalt und Kontext in Kategorien eingeteilt und ausgezählt.

Für die Berechnung der Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie (Fragestellung 4) erfolgten je nach Datenniveau und dem Vorliegen einer Normalverteilung t-Tests für unabhängige Stichproben mit den zu untersuchenden Variablen

als abhängige und der Inanspruchnahme als unabhängige Variable, Mann-Whitney-U-Tests oder Chi-Quadrat-Tests. Betrug der Stichprobenumfang in einer oder mehreren Zellen der Vierfeldertafel weniger als  $n=5$ , dann wurde statt des Chi-Quadrat-Tests der exakte Fisher-Test angegeben.

Für den Verlauf des psychischen Befindens in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme (Fragestellung 5) erfolgten zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung in einem Faktor (Gruppe x Erhebungszeitpunkt). Die statistischen Voraussetzungen hierfür (Unabhängigkeit der Residuen, Normalverteilung und Varianzhomogenität) wurden mittels Kolmogorov-Smirnow-Test und dem Einsatz der Greenhouse-Geisser Korrektur bei Verletzung der Sphärizitäts-Annahme geprüft. Die Voraussetzung der Normalverteilung war bei einzelnen Variablen nicht erfüllt. Mangels alternativer statistischer Verfahren wurden auch in diesen Fällen varianzanalytische Berechnungen durchgeführt. Es wird auf die Robustheit der Varianzanalyse gegenüber der Verletzung der Normalverteilung hingewiesen (Rudolf & Müller, 2004). Die Prüfung auf Ausgangswertunterschiede erfolgte mittels T-Test für unabhängige Stichproben oder dem Mann-Whitney-U-Test.

Alle statistischen Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Das Signifikanzniveau  $\alpha$  wurde auf 0,05 gesetzt. Die Berechnungen wurden mit Hilfe des statistischen Softwarepackets SPSS 20.0 für Windows durchgeführt.

## 5 ERGEBNISSE

### 5.1 Beschreibung der Patientinnen

#### 5.1.1 Soziodemografie

Wie aus Tabelle 5 hervor geht, verfügten Frauen, die die Sprechstunde aufsuchten, über ein gutes Bildungsniveau und lebten überwiegend in einer festen Partnerschaft bzw. waren verheiratet. Der Range für das Alter betrug in der Postpartal-Stichprobe 18-44 Jahre und in der Schwangeren-Stichprobe 18-45 Jahre. Der Range für die Schwangerschaftswoche (SSW) zu t0 betrug 7.-39. SSW und für die Postpartalwoche 1.-12. PPW. Die Stichproben unterschieden sich ausschließlich tendenziell signifikant im monatlichen Nettoeinkommen ( $U=1330,000$ ,  $p=0,094$ ).

Tabelle 5: Soziodemografie.

Variable	Gesamt (N=147)		Schwanger (N=49)		Postpartal (N=98)		Prüf- größe	p
	MW	SD	MW	SD	MW	SD		
Alter	29,9	5,33	29,5	5,8	30,1	5,1	T=-0,822	0,412
Schwangerschaftswoche	22,8	8,6	22,8	8,6	---	---		
Postpartalwoche	14,3	11,6	---	---	14,3	11,6		
<b>Familienstand<sup>1</sup></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	Fisher= 3,167	0,233
alleinstehend	16	11,0	7	14,6	9	9,3		
verheiratet/feste Partnerschaft	125	85,6	40	83,3	84	86,6		
geschieden, aber mit Partner	5	3,4	1	2,1	4	4,1		
Verwitwet	0	0	0	0	0	0		
<b>Lebenssituation<sup>1</sup></b>							Fisher= 4,131	0,118
Allein	17	11,6	8	16,7	9	9,3		
mit Partner	127	87,0	39	81,3	87	89,7		
Sonstiges	2	1,4	1	2,1	1	1,0		
<b>Schulbildung<sup>1</sup></b>							Fisher= 0,877	0,977
ohne Abschluss	2	1,5	0	0	2	2,2		
noch in Schule	2	1,5	1	2,2	1	1,1		
Hauptschule	10	7,4	4	8,9	6	6,7		
Realschule	47	34,6	14	31,1	32	35,6		
Abitur	75	55,1	26	57,8	49	54,4		
<b>Ausbildung<sup>1</sup></b>							Fisher= 6,232	0,151
Auszubildende/Student	14	10,0	7	14,9	7	7,5		
Lehre	76	54,3	22	46,8	54	58,1		
Studium	41	29,3	13	27,7	28	30,1		
Kein Abschluss	7	5,0	3	6,4	4	4,3		
Sonstiges	2	1,4	2	4,1	0	0		
<b>Nettoeinkommen/Monat<sup>1</sup></b>							U= 1330,000	0,094
Unter 500 € - 1.000 €	17	14,2	10	24,4	7	8,9		
1.000 € - 2.000 €	46	38,3	14	34,1	32	40,5		
2.000 € - 2.500 €	30	25,0	10	24,4	20	25,3		
> 2.500 €	27	22,5	7	17,1	20	25,3		

<sup>1</sup>Durch vereinzelte Missings ergeben die Teilstichproben der markierten Variablen nicht exakt N=49/ N=98.

### 5.1.2 Allgemeine schwangerschafts- und geburtsspezifische Merkmale

Wie Tabelle 6 zeigt, waren zwei Drittel der Probandinnen Erstgebärende, die meisten Frauen hatten eine spontane und termingerechte Geburt. In der Schwangeren-Stichprobe war die Schwangerschaft im Vergleich zur Postpartal-Stichprobe signifikant häufiger ungewollt und ungeplant (exakter Test nach Fisher=9,825,  $p=0,013$ ). Nur in der Postpartal-Stichprobe, aber nicht in der Schwangeren-Stichprobe, gab es  $n=6$  (6,1%) Zwillingschwangerschaften. Für  $n=1$  Patientin war die Schwangerschaft zunächst gewollt und geplant und bei Feststellung der Schwangerschaft traten starke Ambivalenzen auf. Diese Frau wurde in die Kategorie "Sonstiges" eingeordnet.

Tabelle 6: Schwangerschafts- und geburtsspezifische Merkmale in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe.

Variable	Gesamt (N=147)		Schwanger (N=49)		Postpartal (N=98)		Prüf- Größe	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Parität</b>								
Erstgebärend	91	61,9	27	55,1	64	65,3	X <sup>2</sup> =1,442	0,230
Mehrgebärend	56	38,1	22	44,9	34	34,7		
<b>Schwangerschaftsabbruch in Vorgeschichte<sup>1</sup></b>								
ja	15	10,2	4	8,7	11	88,4	Fisher= 0,271	0,774
nein	129	89,6	42	91,3	84	11,6		
<b>Fehl-/Totgeburt in Vorgeschichte<sup>1</sup></b>								
ja	33	22,6	14	30,4	18	18,6	X <sup>2</sup> =2,534	0,111
nein	113	77,4	32	69,6	79	81,4		
<b>Schwangerschaft<sup>1</sup></b>								
gewollt u. geplant	89	63,1	25	51,0	66	69,5	Fisher= 9,825	<b>0,013</b>
gewollt aber ungeplant	37	26,2	14	28,6	24	25,3		
ungewollt u. ungeplant	14	9,9	9	18,4	5	5,2		
Sonstiges	1	0,7	1	2,0	0	0		
<b>Zeitpunkt der Entbindung<sup>2</sup></b>								
frühzeitig (< 37. SSW)	17	12,9	1	2,9	16	16,3	Fisher= 3,920	0,119
übertragen (>42. SSW)	5	3,8	1	2,9	4	4,1		
termingerecht	110	83,3	32	94,2	78	79,6		
<b>Entbindungsmodus<sup>2</sup></b>								
spontan	89	67,9	29	85,4	60	61,9	Fisher= 5,635	0,115
eingeleitet	16	12,2	1	2,9	15	15,5		
geplante Sectio	17	13,0	3	8,8	14	14,4		
Notsectio	9	6,9	1	2,9	8	8,2		

<sup>1</sup> Durch vereinzelte Missings ergeben die Teilstichproben der markierten Variablen nicht exakt  $N=49/N=98$ .

<sup>2</sup> Die markierten Variablen wurden in der Schwangeren-Stichprobe zu t1 erfasst, zu diesem Zeitpunkt ergibt  $N=34$ .

### 5.1.3 Häufigkeiten von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

61,2% in der Schwangeren- und 62,2% in der Postpartal-Stichprobe berichteten mindestens eine Schwangerschaftskomplikation. In der Postpartal-Stichprobe kam es am häufigsten zu vorzeitigen Wehen, Blutungen, Hyperemesis und starken Ödemen. In der Schwangeren-

Stichprobe gaben die Frauen vor allem Blutungen, starke Rückenschmerzen, vorzeitige Wehen, Hyperemesis und starkes Sodbrennen an. Postpartale Frauen berichteten im Vergleich zu den in der Schwangerschaft eingeschlossenen Frauen retrospektiv signifikant häufiger vorzeitige Wehen (exakter Test nach Fisher,  $p=0,018$ ). In allen anderen erfassten Schwangerschaftskomplikationen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben. 32,7% der Schwangeren und 20,4% der Postpartalen berichteten "Sonstige Beschwerden" bzw. Belastungen, wie beispielsweise Erkrankungen (Lungenentzündung, Pfeifferisches Drüsenfieber), pathologische Nierenwerte, Synkopen, Kreislaufprobleme (u.a. Vena-Cava-Kompressionssyndrom), Fieberschübe ohne organischen Befund, starke Müdigkeit sowie Kopfschmerzen bis hin zu Migräneanfällen.

Die Häufigkeiten der berichteten Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sind in den Tabellen 7 und 8 dargestellt.

Tabelle 7: Häufigkeiten von Schwangerschaftskomplikationen in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe (Mehrfachantworten möglich).

	<b>Schwanger (N=49)</b>	<b>Postpartal (N=98)</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Hyperemesis	3 (6,1)	10 (10,2)
Plazentainsuffizienz	1 (2,0)	2 (2,0)
Tief sitzende Plazenta	0 (0,0)	2 (2,0)
Zervixinsuffizienz	3 (6,1)	7 (7,1)
Proteinurie	0 (0,0)	1 (1,0)
Hypertonie	2 (4,1)	4 (4,1)
Mittelgradige/ starke Ödeme	2 (4,1)	10 (10,2)
Schwangerschaftsgestose	1 (2,0)	3 (3,1)
Präeklampsie	0 (0,0)	3 (3,1)
HELLP-Syndrom	1 (2,0)	5 (5,1)
Polyhydramnion	2 (4,1)	1 (1,0)
Oligohydramnion	0 (0,0)	4 (4,1)
Infektionen (intrauterin, Scheide, andere)	1 (2,0)	5 (5,1)
vorzeitige Wehentätigkeit	3 (6,1)	21 (21,4)*
Blutungen	6 (12,2)	13 (13,3)
Abortgefahr	1 (2,0)	1 (1,0)
Starke Rückenschmerzen	5 (10,2)	3 (3,1)
Bauchkrämpfe/ Starke Schmerzen	1 (2,0)	4 (4,1)
Schwangerschaftsdiabetes	1 (2,0)	3 (3,1)
Andere Beschwerden	16 (32,7)	20 (20,4)

\* Exakter Test nach Fisher zwischen schwangeren und postpartalen Frauen:  $p=0,018$

61,5% der Frauen in der Postpartal-Stichprobe und 48,5% der Frauen in der Schwangeren-Stichprobe berichteten Geburtskomplikationen. In beiden Stichproben kam es am häufigsten zu einem Dammriss/-schnitt. In der Postpartal-Stichprobe erfolgte im Vergleich zur Schwangeren-Stichprobe signifikant häufiger ein Dammschnitt (exakter Test nach Fisher,  $p=0,024$ ). Unter der Kategorie "Sonstiges" wurden Sturzgeburt, protrahierte Geburt, Atemnot bei Anästhesie oder eine ungeplante Hausgeburt zusammengefasst.



Tabelle 8: Häufigkeiten von Geburtskomplikationen in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe (Mehrfachantworten möglich).

	Schwanger (N=33) N (%)	Postpartal (N=96) N (%)
Dammschnitt/ Dammriss	9 (27,3)	43 (44,8)*
Scheidenriss	4 (12,1)	5 (5,2)
Wehensturm	1 (3,0)	5 (5,2)
Wehenschwäche	2 (6,1)	14 (14,6)
Geburtsstillstand	0 (0,0)	8 (8,3)
Vorzeitige Plazentalösung	0 (0,0)	2 (2,1)
Vorzeitiger Blasensprung	2 (6,1)	9 (9,4)
Verspäteter Blasensprung	1 (3,0)	2 (2,1)
Starke Blutungen in Nachgeburtsperiode	0 (0,0)	4 (4,2)
Lösungsschwierigkeiten der Plazenta	0 (0,0)	5 (5,2)
Forcepsgeburt	0 (0,0)	1 (1,0)
Vakuumextraktion	2 (6,1)	7 (7,3)
Sonstiges	6 (18,2)	7 (7,3)

\* Exakter Test nach Fisher zwischen Schwangere und postpartale Frauen:  $p=0,024$

#### 5.1.4 Häufigkeiten psychischer Störungen

Abbildung 5 zeigt die prozentualen Häufigkeiten der zu t0 diagnostizierten psychischen Störungen nach ICD-10 getrennt für schwangere und postpartale Patientinnen.

In der Postpartal-Stichprobe erfüllten alle Frauen (N=81) die Kriterien für irgendeine psychische Störung, in der Schwangeren-Stichprobe lag bei 13% (n=5) keine manifeste psychische Störung vor. Am häufigsten waren depressive und Angststörungen. Psychische Störungen in der eigenen Vorgeschichte gaben in der Schwangeren-Stichprobe 73,7% (n=28) und in der Postpartal-Stichprobe 75,3% (n=61) der Patientinnen an. Dabei lagen bei Schwangeren in der Vorgeschichte am häufigsten depressive Störungen (44,8%, n=17) und Substanzstörungen (15,8%, n=6) vor. In der Postpartal-Stichprobe hatten die meisten eine depressive Störung (56,8%), soziale Phobie (16,0%, n=13) oder eine Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (14,8%, n=12) in der Vorgeschichte.

Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer aktuellen postpartalen depressiven Störung und einer depressiven Störung in der Vorgeschichte wurde in der Postpartal-Stichprobe signifikant ( $r=0,264$ ,  $p<0,05$ ).

76% (n=19) der schwangeren und 70,4% (n=38) der postpartalen Frauen mit einer psychischen Störung in der Vorgeschichte hatten Vorerfahrungen mit Psychotherapie. Unter "sonstige Störungen" wurden die Diagnosen F38-andere depressive Störungen (n=1), Angst und depressive Störung gemischt (n=1), Depersonalisationssyndrom (n=1) und emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F63) zusammengefasst.

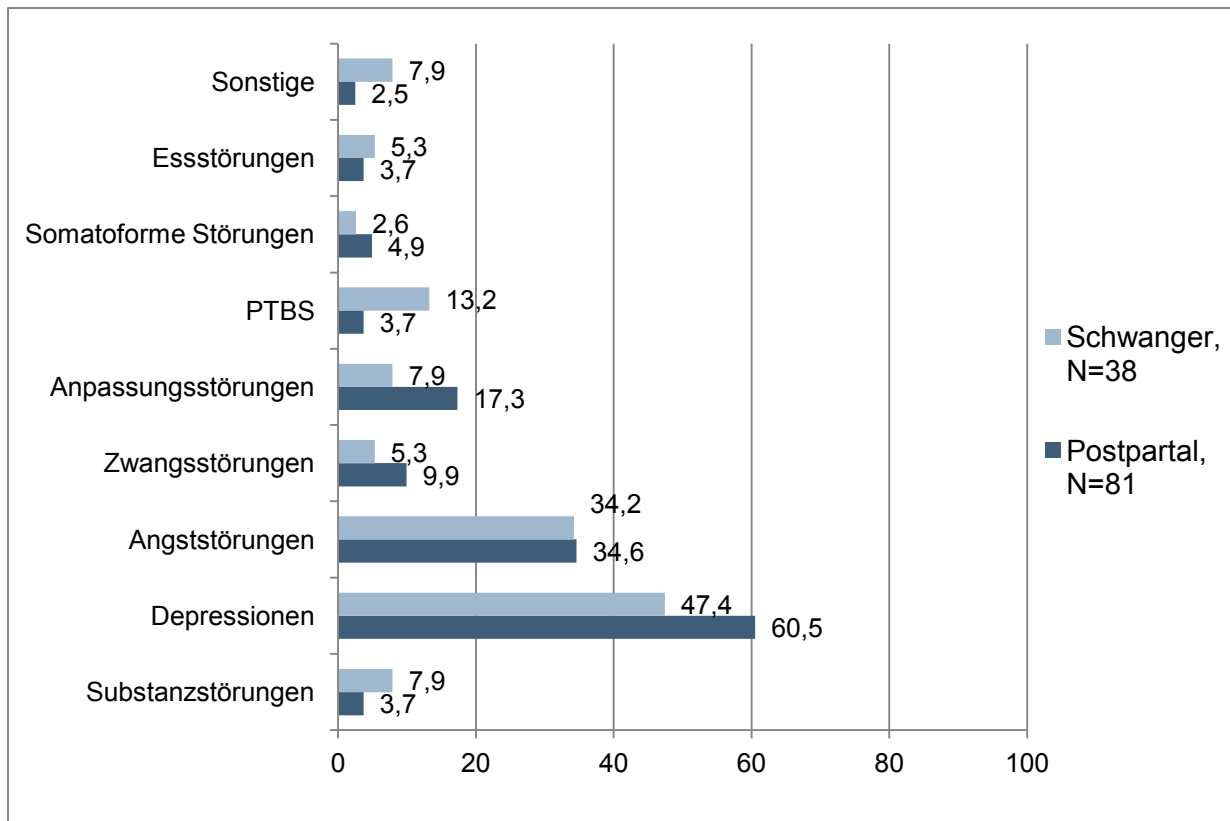


Abbildung 5: Häufigkeiten aktueller psychischer Störungen (nach ICD-10) bei schwangeren und postpartalen Frauen, die die Spezialsprechstunde aufsuchten in %, Mehrfachdiagnosen möglich.

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörungen.

39,4% der Schwangeren und 40,7% der postpartalen Frauen hatten zu t0 mehr als eine psychische Diagnose (siehe Tabelle 9). In der Schwangeren-Stichprobe lag bei 26,3% (n=10) und in der Postpartal-Stichprobe bei 24,7% (n=20) keine psychische Störung in der Vorgeschichte vor (Lifetime-Diagnose). Das heißt, bei diesen Patientinnen manifestierte sich eine psychische Störung während der Peripartalzeit.

Von den Schwangeren ohne Lifetime-Diagnose hatten 40% (n=4) eine depressive Störung, 10% (n=1) eine Angst- oder Zwangsstörung, 30% (n=3) eine Anpassungs- bzw. Belastungsstörung und 10% (n=1) ein Depersonalisationssyndrom.

Von den postpartalen Frauen ohne Lifetime-Diagnose (n=20) erfüllten 55% (n=11) die Kriterien für eine depressive Störung, 25% (n=5) für Angst- und Zwangsstörungen, 30% (n=6) für Anpassungs- bzw. Belastungsstörungen, 10% (n=2) für somatoforme und 5% (n=1) für eine Essstörung bei Erstvorstellung in der Sprechstunde.

Tabelle 9: Komorbiditäten psychischer Störungen zum Erstgespräch und Lifetime.

Anzahl Diagnosen	Aktuell (zum Erstgespräch)		Lifetime	
	Schwanger (N=38) N (%)	Postpartal (N=81) N (%)	Schwanger (N=38) N (%)	Postpartal (N=81) N (%)
0	5 (13,2)	0 (0,0)	10 (26,3)	20 (24,7)
1	18 (47,4)	48 (59,3)	18 (47,4)	33 (40,7)
2	10 (26,3)	23 (28,4)	6 (15,8)	21 (25,9)
≥ 3	5 (13,1)	10 (12,4)	4 (10,5)	7 (8,6)

Im Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) ergaben sich bei 25,6% der schwangeren und 33,3% der postpartalen Frauen klinisch auffällige Werte (T-Wert>70), davon am häufigsten auf den Dimensionen antisozial (11,6% in der Schwangeren-SP) und selbstlos (13,3% in der Postpartal-SP), siehe dazu Tabelle 10. Klinisch auffällige Werte erhöhen den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung.

Tabelle 10: Häufigkeiten klinisch auffälliger Werte auf der jeweiligen Dimension im Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI).

	Schwanger (N=39) N (%)	Postpartal (N=84) N (%)
Selbstbehauptender Stil (Antisoziale PKS) <sup>1</sup>	5 (11,6)	3 (3,8)
Eigenwilliger Stil (Paranoide PKS) <sup>1</sup>	2 (5,1)	1 (1,2)
Zurückhaltender Stil (Schizoide PKS)	1 (2,6)	1 (1,2)
Selbstkritischer Stil (Selbstunsichere PKS) <sup>1</sup>	0	4 (4,8)
Sorgfältiger Stil (Zwanghafte PKS) <sup>1</sup>	1 (2,6)	1 (1,2)
Ahnungsvoller Stil (Schizotype PKS) <sup>1</sup>	1 (2,6)	1 (1,3)
Optimistischer Stil (Rhapsodische PKS) <sup>1</sup>	0	0
Ehrgeiziger Stil (Narzisstische PKS) <sup>1</sup>	0	0
Kritischer Stil (Negativistische PKS) <sup>1</sup>	2 (5,1)	2 (2,5)
Loyalere Stil (Abhängige PKS) <sup>1</sup>	2 (5,1)	9 (10,8)
Spontaner Stil (Borderline PKS) <sup>1</sup>	3 (7,7)	2 (2,4)
Liebenswürdiger Stil (Histrionische PKS) <sup>1</sup>	2 (5,1)	1 (1,3)
Stiller Typ (Depressive PKS)	0	2 (2,4)
Hilfsbereiter Stil (Selbstlose PKS) <sup>1</sup>	1 (2,6)	11 (13,3)

<sup>1</sup> Durch vereinzelte Missings ergeben die Teilstichproben der markierten Variablen nicht exakt N=84 in der Postpartal-Stichprobe. PKS: Persönlichkeitsstörung.

## 5.2 Evaluation der Spezialsprechstunde

### 5.2.1 Beurteilung der Sprechstunde

Tabelle 11 zeigt die Auswertung des Evaluations-Fragebogens, anhand dessen Aussagen zur Bewertung der Spezialsprechstunde aus Patientensicht getroffen werden konnten. Die Bewertung richtet sich nach dem Schulnotensystem, d.h. je geringer die Werte, desto besser die Bewertung. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe. Am besten beurteilten die Patientinnen die Aussagen "Die Behandlerin hat sich für mich Zeit genommen" und "Ich würde die Einrichtung an meine beste Freundin weiterempfehlen, bei ähnlicher Problematik". Im Vergleich zur Bewertung der anderen sechs Aussagen, wurde die Aussage "Ich fühle mich über meine

Erkrankung gut informiert" am wenigsten gut bewertet. Wobei diese mit 2,4 trotzdem im guten Bereich liegt.

Das Sprechstundenangebot wurde mit einer Gesamtnote von 1,74 beurteilt (SD=0,60; Range 1-3, N=99).

Tabelle 11: Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Items im Evaluations-Fragebogen zur Beurteilung der Sprechstunde. Je geringer die Werte, desto besser die Bewertung.

Items	Schwanger		Postpartal		Gesamt	
	N	MW (SD)	N	MW (SD)	N	MW (SD)
1 Ich fühle mich über meine Erkrankung gut informiert.	32	2,3 (1,0)	77	2,5 (1,2)	109	2,4 (1,2)
2 Ich fühle mich in den Gesprächen wohl.	36	2,1 (0,9)	79	2,1 (0,9)	115	2,1 (0,9)
3 Ich habe Vertrauen zu der behandelnden Person.	35	1,9 (0,9)	77	1,9 (0,8)	112	1,9 (0,8)
4 Die Behandlerin hat sich für mich Zeit genommen.	37	1,3 (0,5)	76	1,4 (0,6)	113	1,4 (0,5)
5 Ich bin mit den bisherigen Angeboten der Ambulanz zufrieden.	37	1,7 (0,7)	75	1,9 (0,8)	112	1,8 (0,8)
6 Ich würde die Einrichtung an meine beste Freundin weiterempfehlen, bei ähnlicher Problematik.	37	1,6 (0,6)	76	1,6 (0,6)	113	1,6 (0,6)
7 Durch die Beratung hatte ich genug Informationen über Unterstützungs- u. Behandlungsangebote.	33	1,7 (0,8)	71	1,9 (1,1)	104	1,9 (1,0)

Die Patientinnen wurden darüber hinaus darum gebeten, Lob- und Kritikpunkte bzgl. der Sprechstunde anzugeben. Folgende Aspekte wurden gelobt bzw. als verbesserungswürdig rückgemeldet:

Gelobt (in Klammern steht die Anzahl der Nennungen):

- Verstanden und ernst genommen fühlen (26x)
- Kurze Wartezeiten bzw. schnelle Terminvergabe (21x)
- Es wurde sich Zeit genommen für ein ausführliches Gespräch (17x)
- Aufklärung/ Beratung und zeitnahe konkrete Hilfen (16x)
- Fachkompetenz (15x)
- Offene, vertraute, empathische und wertschätzende Haltung der Therapeutinnen (12x)
- freundliche Atmosphäre (12x)
- Entlastendes Gespräch (11x)

Verbesserungswürdig bzw. kritisiert (in Klammern steht die Anzahl der Nennungen):

- Räumliche Gegebenheiten/ zu eng (betrifft v.a. Mutter-Kind-Tagesklinik) (12x)
- keine kurzfristigen Termine, lange Wartezeiten (9x)

- keine Weiterbehandlung im Rahmen der Sprechstunde möglich (7x)
- keine konkrete Hilfe (6x)
- Ausfüllen von Fragebögen nach dem Erstgespräch zu viel (5x)
- Taschentücher auf dem Tisch lassen ein emotional belastendes Gespräch erahnen (3x)

### 5.2.2 Zuweisender Fachbereich, Wartezeit und Anzahl der Termine

Wie der Abbildung 6 zu entnehmen, erfolgte bei der Mehrheit der Schwangeren die Zuweisung über Gynäkologen und Gynäkologinnen. Bei der Mehrheit der postpartalen Frauen über Hebammen. 12% der Schwangeren und 15% der postpartalen Frauen befanden sich bereits in psychotherapeutischer Behandlung und kamen auf Empfehlung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Etwa 10% der Schwangeren kamen durch die vorherige Vorstellung in einer Schwangerenberatungsstelle in die Sprechstunde. Weitere runde 10% erfuhren über Öffentlichkeitsarbeit (Internet, Flyer, Fachvorträge, Broschüre der Stadt) von der Sprechstunde. Die Kategorie "Sonstiges" fasst die Zuweisung durch z.B. das FamilieNetz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Dresden, dem behandelndem Kinderarzt, das Jugendamt der Stadt Dresden oder die Vorstellung auf Eigeninitiative zusammen.

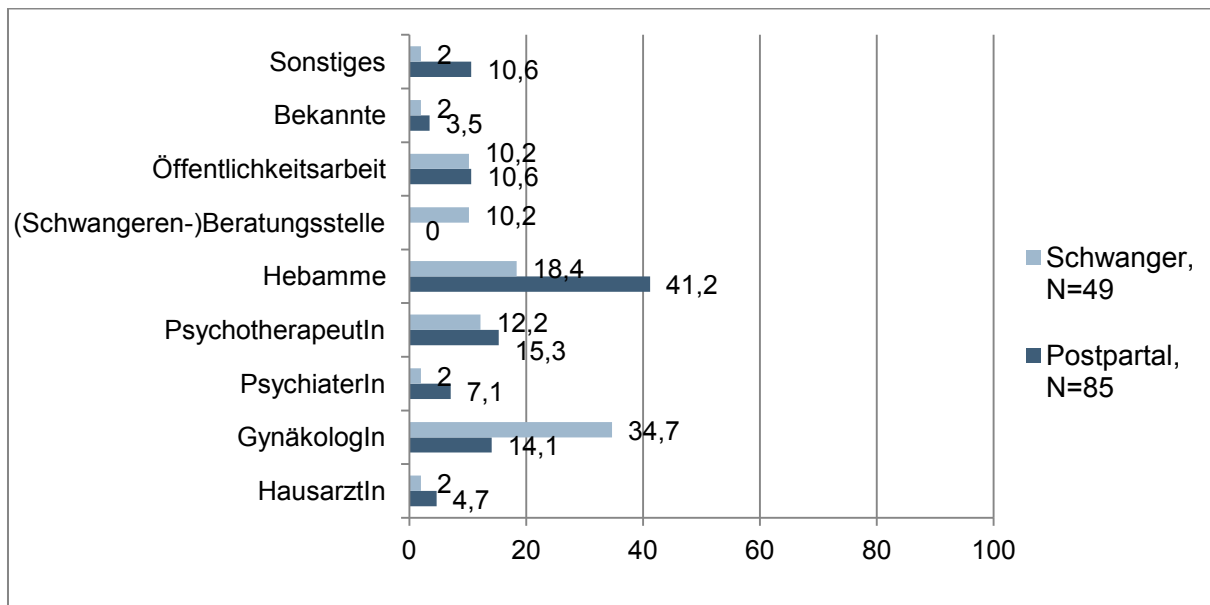


Abbildung 6: Zuweisender Fachbereich in die Sprechstunde in %, unterteilt für schwangere und postpartale Patientinnen.

Die Wartezeit auf einen Ersttermin betrug sowohl in der Schwangeren- als auch in der Postpartal-Stichprobe durchschnittlich zwei Wochen ( $MW_{\text{schwanger}} = 2.13$  [SD = 1.60, Range 1-8, Median=2.00];  $MW_{\text{postpartal}} = 2.09$  [SD = 2.20; Range 1-10, Median=2.00]).

Ein Großteil der Frauen (51,5% der schwangeren, 38,5% der postpartalen Frauen) nahm 2-3 Termine in der Sprechstunde wahr (siehe Abbildung 7). 26,9% der postpartalen Patientinnen benötigte 4-6 und fast 9,6% mehr als 10 Gespräche. Bei den Schwangeren lag der Schwerpunkt bei 2-3 Gesprächen. Rund 80% beurteilten die Anzahl der Termine als genau richtig. Etwa ein Fünftel (21,6%) der postpartalen Frauen beurteilte die Anzahl der Gesprächstermine als zu wenig. Es ergaben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Anzahl der Termine zwischen Schwangeren und postpartalen Frauen ( $U=530,000$ ,  $p=0,270$ ) und deren Zufriedenheit (exakter Test nach Fisher,  $p=0,203$ ).

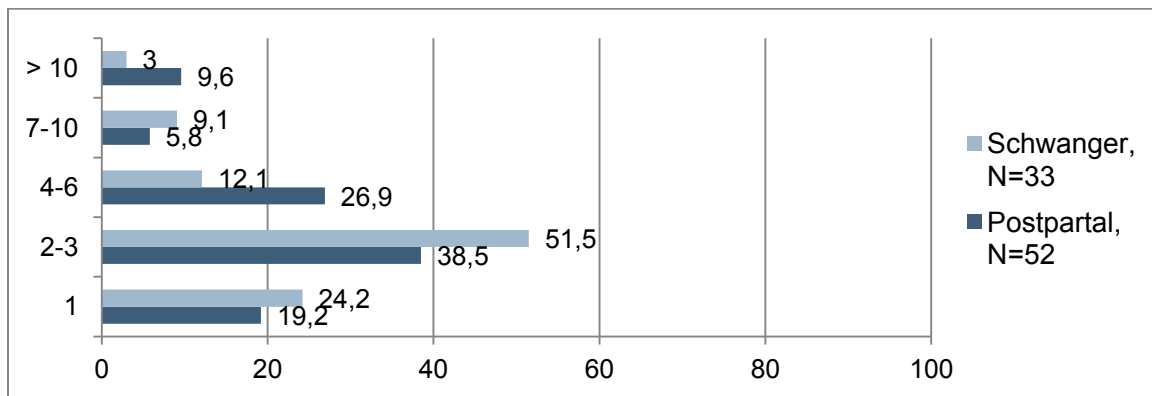


Abbildung 7: Anzahl der Konsultationstermine in der Sprechstunde in %, unterteilt für schwangere und postpartale Patientinnen.

### 5.2.3 Zufriedenheit mit Behandlungsempfehlungen und Weitervermittlung

79% der Schwangeren- und 82% der postpartalen Frauen waren mit den Behandlungsempfehlungen sehr oder eher zufrieden. Ein kleiner Teil (3% Schwangere, 6% postpartale Frauen) war eher oder sehr unzufrieden mit den erhaltenen Behandlungsempfehlungen. 12% der Schwangeren und 18% der postpartalen Patientinnen gaben an, keine Empfehlung erhalten zu haben. Eine Prüfung der Daten ergab, dass bei nur  $n=1$  keine Angabe für ein weiterführendes Hilfs- bzw. Unterstützungsangebot oder Behandlungsempfehlung ausgesprochen wurde. Sonst erhielten alle Patientinnen am Ende des Erstgespräches in irgendeiner Form eine weiterführende Hilfe.

Tabelle 12 zeigt die Art der erhaltenen Unterstützung bei der Weitervermittlung und die Zufriedenheit damit. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben ( $U=788,500$ ,  $p=0,877$ ). Etwa ein Drittel der Patientinnen gaben an, keine Unterstützung bei der Vermittlung in ein weiterführendes Behandlungsangebot erhalten zu haben. Diejenigen, die dabei unterstützt wurden (71,4% Schwangere, 66,2% postpartale Frauen) waren damit zu 66,7% (Schwangere) bzw. zu 63,3% (postpartale Frauen) sehr oder eher zufrieden.

Tabelle 12: Unterstützung bei der Suche nach Weiterbehandlung und Zufriedenheit damit (Mehrfachantworten möglich).

		<b>Schwanger (N=35) N (%)</b>	<b>Postpartal N=69) N (%)</b>
<b>Unterstützung erhalten?</b>	ja <sup>1</sup>	25 (71,4)	45 (66,2)
	nein	10 (28,6)	23 (33,8)
<b>Art der Unterstützung</b>	Beratung <sup>1</sup>	16 (47,1)	32 (46,4)
	Adressen/Informationen <sup>1</sup>	16 (47,1)	39 (56,5)
	Telefonat mit Weiterbehandler <sup>1</sup>	4 (12,1)	11 (15,9)
	Terminvereinbarung bei Weiterbehandler <sup>1</sup>	3 (9,1)	6 (8,7)
	Anderes	1 (3,0)	2 (2,9)
<b>Zufriedenheit damit</b>	sehr zufrieden	19 (57,6)	35 (51,5)
	eher zufrieden	3 (9,1)	8 (11,8)
	eher unzufrieden	2 (6,1)	0 (0,0)
	sehr Unzufrieden	0 (0,0)	1 (1,5)
	keine Unterstützung erhalten	9 (27,3)	24 (35,3)

<sup>1</sup> Durch vereinzelte Missings ergeben die Teilstichproben der markierten Variablen nicht exakt N=35/N=69

### 5.3 Behandlungsbedarf und Behandlungsinanspruchnahme

Zunächst werden in Tabelle 13 die Häufigkeiten der im Erstgespräch ausgesprochenen Behandlungsempfehlungen dargestellt. Anschließend erfolgt in Tabelle 14 die Gegenüberstellung der Behandlungsempfehlungen und der davon tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen. Daraus können Aussagen zum Überweisungserfolg und eine Compliance-Rate abgeleitet werden. Sowohl die Empfehlungen als auch die Inanspruchnahme von Behandlung sind durch Mehrfachnennungen der Antwortkategorien gekennzeichnet.

Eine psychotherapeutische Behandlung war in beiden Stichproben am häufigsten indiziert (Schwangere 82,2%, n=37; postpartale Frauen 92,5%, n=86), wobei Schwangeren häufiger eine ambulante Psychotherapie (73,3%, n=33) und postpartalen Frauen eine Kombinationsbehandlung aus ambulanter und teilstationärer Mutter-Kind-Behandlung (47,7%, n=41) empfohlen wurde. In der Postpartal-Stichprobe wurde häufig begleitend eine Haushaltshilfe (28%, n=26) und in der Schwangeren-Stichprobe eine Reihe niedrigschwelliger Unterstützungsangebote (22,2%, n=10), wie z.B. Schwangerenkuren, Entspannungsverfahren, Unterstützung durch psychosoziale Vereine empfohlen. Diese sind in der Tabelle unter der Kategorie "Sonstiges" zusammengefasst. In der Postpartal-Stichprobe umfasste die Kategorie "Sonstiges" folgende Unterstützungsleistungen: einmaliges supportives und psychoedukatives Beratungsgespräch, Verlaufsbeobachtung in der Sprechstunde, Aktivierung von Ressourcen, Schaffung von Freiräumen. N=4 der Schwangeren und n=23 der postpartalen Patientinnen nahm zum Zeitpunkt des Erstgespräches bereits Psychopharmaka ein, sodass die Empfehlung dafür mit 8,1% (n=5) in der Schwangeren- und 10,8% (n=10) in der Postpartal-Stichprobe vergleichsweise niedrig

ausfiel. In vielen Fällen erfolgte die Empfehlung institutioneller Hilfen oder sonstiger Angebote ergänzend zur Psychotherapieempfehlung.

Tabelle 13: Häufigkeiten der im Erstgespräch ausgesprochene Behandlungsempfehlungen für schwangere und postpartale Patientinnen, Mehrfachnennungen möglich.

	<b>Schwanger (N=45)</b> <b>N (%)</b>	<b>Postpartal (N=93)</b> <b>N (%)</b>
<b>Psychotherapie</b>	<b>37 (82,2)</b>	<b>86 (92,5)</b>
Ambulant	33 (73,3)	31 (33,3)
Teilstationär	0 (0,0)	14 (15,1)
Stationär	1 (2,2)	0 (0,0)
Ambulant + (teil-)stationär	3 (6,7)	41 (44,1)
<b>Psychopharmaka</b>	<b>5 (8,1)</b>	<b>10 (10,8)</b>
<b>Institutionelle Hilfen</b>	<b>7 (15,6)</b>	<b>32 (34,4)</b>
Haushaltshilfe	1 (2,2)	22 (23,6)
Verlängerte Hebammenhilfe	1 (2,2)	1 (1,1)
Familienhilfe	1 (2,2)	3 (3,2)
Beratungsstellen	4 (8,9)	2 (2,2)
Haushaltshilfe + Anderes	0 (0,0)	4 (4,3)
Anderes	1 (2,2)	0 (0,0)
<b>Sonstiges</b>	<b>10 (22,2)</b>	<b>6 (6,5)</b>

Die Gegenüberstellung von Behandlungsempfehlungen und der von diesen Personen tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen zeigt insbesondere in der Postpartal-Stichprobe zufriedenstellende Raten bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie, institutionellen Hilfen und Psychopharmaka. N=2 Frauen suchten auf Eigeninitiative eine Beratungsstelle auf. In der Schwangeren-Stichprobe setzte nur 1 von 10 Frauen die Empfehlung für eine sonstige Unterstützungsleistung um. Die Häufigkeiten für die Inanspruchnahme beziehen sich zeilenweise auf die gleichen Personen, denen die entsprechende Behandlungsform empfohlen wurde.

Tabelle 14: Häufigkeiten der im Erstgespräch empfohlenen und innerhalb von 6 Monaten tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen, Mehrfachnennungen möglich.

	<b>Schwanger (N=33)</b>		<b>Postpartal (N=69)</b>	
	<b>Empfehlung</b>	<b>Inanspruch-</b>	<b>Empfehlung</b>	<b>Inanspruch-</b>
	<b>N (%)</b>	<b>nahme</b>	<b>N (%)</b>	<b>nahme</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
<b>Psychotherapie</b>	<b>25 (100)</b>	<b>20 (80,0)</b>	<b>63 (100)</b>	<b>49 (77,8)</b>
Ambulant	23 (92,0)	15 (65,2)	24 (38,1)	26 (>100)
Teilstationär	0	0	10 (15,9)	6 (60,0)
Stationär	0	1 (>100)	0	0
Ambulant + (teil-)stationär	2 (8,0)	4 (>100)	29 (46,0)	17 (58,62)
<b>Psychopharmaka</b>	<b>5 (100)</b>	<b>3 (60,0)</b>	<b>9 (100)</b>	<b>4 (44,4)</b>
<b>Institutionelle Hilfen</b>	<b>4 (100)</b>	<b>1 (25,0)</b>	<b>22 (100)</b>	<b>19 (86,4)</b>
Haushaltshilfe	1 (25,0)	0	19 (86,4)	15 (78,9)
Verlängerte Hebammenhilfe	1 (25,0)	0	1 (4,5)	0
Familienhilfe	0 (0,0)	0	2 (9,1)	2 (100,0)
Beratungsstellen	1 (25,0)	1 (100)	0	2 (>100)
Anderes	1 (25,0)	0	0	0
<b>Sonstiges</b>	<b>10 (100)</b>	<b>1 (10,0)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>2 (50,0)</b>



Schaut man sich darüber hinaus die allgemeine Inanspruchnahme von Behandlungen unabhängig von der jeweils ausgesprochenen Empfehlung an, so haben 61% in der Schwangeren- und 81% in der Postpartal-Stichprobe irgendein Behandlungsangebot in Anspruch genommen. Die allgemeine Inanspruchnahme von Psychotherapie lag in der Schwangeren-Stichprobe bei 80% und in der Postpartal-Stichprobe bei 82,5%. Psychopharmaka wurden deutlich häufiger eingenommen, was daran lag, dass ein Teil der Patientinnen bereits vor der Vorstellung in der Sprechstunde Psychopharmaka einnahmen. Auch institutionelle Hilfen wurden zu 86% in der Postpartal- und zu mehr als 100% (mehr als empfohlen) in der Schwangeren-Stichprobe in Anspruch genommen.

Sowohl in der Schwangeren- als auch in der Postpartal-Stichprobe nahmen n=13 Patientinnen keine Behandlung in Anspruch (dies entspricht in der Postpartal-Stichprobe 18,8% und in der Schwangeren-Stichprobe 39,4%). Tabelle 15 zeigt, was diesen Frauen im Erstgespräch empfohlen wurde.

Tabelle 15: Häufigkeiten der im Erstgespräch empfohlenen Behandlungen bei Patientinnen ohne Behandlungs-Inanspruchnahme.

Empfehlung im Erstgespräch	Keine Therapie-Inanspruchnahme	
	Schwanger (N=13) N (%)	Postpartal (N=13) N (%)
<b>Psychotherapie</b>	6 (46,2)	10 (83,3)
Ambulant	6 (46,2)	5 (41,67)
Teilstationär	0	0
Stationär	0	0
Ambulant + (teil-)stationär	0	5 (41,67)
<b>Psychopharmaka</b>	3 (23,1)	1 (8,3)
<b>Institutionelle Hilfen</b>	1 (7,7)	2 (16,7)
Haushaltshilfe	0	2 (16,7)
Verlängerte Hebammenhilfe	0	0
Familienhilfe	0	0
Beratungsstellen	1 (7,7)	0
Haushaltshilfe + Anderes	0	0
<b>Sonstiges</b>	6 (46,2)	2 (16,7)
<b>Keine Angabe zur Empfehlung</b>	1 (7,7)	1 (8,3)

In beiden Stichproben lag für n=1 Probandin keine Angabe zur Therapieempfehlung vor. Somit bleibt unklar, ob und welche Art von Empfehlung ausgesprochen wurde. Insgesamt erinnerten sich zum Messzeitpunkt t1 n=6 (18,2%) Schwangere und n=7 (10,1%) postpartale Frauen nicht an die Therapieempfehlung und gaben an, keine Empfehlung erhalten zu haben.

#### 5.4 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie

Tabelle 16 fasst die signifikanten Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie (ambulant, teilstationär, stationär) zusammen.

# ERGEBNISSE

Tabelle 16: Signifikante Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie, Gesamt-Stichprobe.

	Psychotherapie-Inanspruchnahme		Keine Psychotherapie-Inanspruchnahme			Prüfgröße	p	
	n	%	n	%				
<b>Anzahl F-Diagnosen</b>								
1	26	53,1	10	71,4				
2	18	36,7	1	7,1				
3	5	10,2	3	21,4	Fisher=5,229		0,061	
<b>Psych. Störung in Vorgeschichte</b>								
ja	44	71,0	8	47,1	X <sup>2</sup> =3,390		0,066	
<b>Aktive Weitervermittlung</b>								
ja	15	23,4	0	0,0				
nein	49	76,6	18	100,0	Fisher=5,16		0,033	
	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>	<b>MW</b>	<b>SD</b>	<b>Prüfgröße</b>	<b>p</b>
<b>Globales Funktionsniveau</b>	63	54,02	9,03	20	59,40	11,14	T(81)=2,139	0,031
<b>BSI-Skalen</b>								
Zwanghaftigkeit	66	1,60	0,86	19	1,20	0,82	T(83)=-1,807	0,074
Phobische Angst	66	0,92	0,78	20	0,69	0,42	T(84)=-1,290	0,085
<b>PSSI-Skalen</b>								
Selbstbestimmt-antisozial	66	5,14	4,09	19	8,32	6,37	U=468,500	0,093
Zurückhaltend-schizoid	68	12,10	4,70	19	9,89	4,12	T(85)=-1,857	0,067
Selbstkritisch-selbstunsicher	68	17,50	5,32	19	14,84	4,46	T(85)=-1,989	0,050
Ehrgeizig-narzisstisch	68	9,75	3,96	19	12,42	4,13	T(85)=2,576	0,012
Liebenswürdig-histrionisch	67	12,21	5,65	18	15,33	5,21	T(83)=2,115	0,037
Hilfsbereit-selbstlos	67	17,99	6,32	19	14,63	5,00	T(84)=-2,128	0,036
<b>Positives Beziehungserleben</b>	60	1,98	0,78	16	2,47	0,81	T(74)=2,227	0,029
Im Gespräch wohl gefühlt	62	2,10	0,88	16	2,56	0,89	U=358,000	0,070
Vertrauen zur Therapeutin gehabt	60	1,88	0,83	16	2,38	0,89	U=324,000	0,034

p<0,05=signifikant; 0,05 <p>0,10=tendenziell signifikant

Keinen signifikanten Einfluss auf die Psychotherapieinanspruchnahme hatten: Soziodemografische Variablen (Alter, Familienstand, Schulbildung, Ausbildung, Nettoeinkommen, Erwerbstätigkeit, Parität), die Erwünschtheit der Schwangerschaft, die diagnostizierte psychische Störung (F-Diagnose), das Vorliegen von Vorerfahrungen mit Psychotherapie, die Ausprägung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, die Benotung des Erstgespräches, die Anzahl der Termine in der Sprechstunde und die Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen.

## 5.5 Verlauf des psychischen Befindens

Es erfolgten zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung für den Verlauf der Depressivität (EPDS) und dem psychischen Befinden (BSI-Subskalen, BSI-GSI-Wert) von t0 zu t1 in Abhängigkeit der Psychotherapie-Inanspruchnahme. In Tabelle 17 auf der nächsten Seite sind die Ergebnisse dargestellt. Sowohl in der EPDS als auch in allen BSI-Skalen zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt (Zeiteffekt). Das heißt, die Psychopathologie nahm im Verlauf vom Erstgespräch bis sechs Monate nach dem Erstgespräch in beiden Gruppen signifikant ab, unabhängig von der Inanspruchnahme einer Psychotherapie.

Der EPDS-Summenwert lag zu t0 sowohl in der Gruppe mit Psychotherapie-Inanspruchnahme als auch in der Gruppe ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme im klinisch auffälligen Bereich ( $EPDS > 13$ ). Zu t1 nahm der EPDS-Summenwert in der Gruppe ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme bis in den klinisch unauffälligen Bereich ab ( $EPDS < 9$ ), wohingegen er in der Gruppe mit Psychotherapie-Inanspruchnahme weiterhin im leicht klinisch auffälligen Bereich ( $EPDS > 9$ ) blieb.

Die BSI-Subskalen und die allgemeine psychische Belastung (BSI-GSI) waren zu t0 in der Gruppe mit Psychotherapie-Inanspruchnahme alle klinisch auffällig ausgeprägt. Zu t1 lagen die Werte für die Skalen Zwanghaftigkeit, Aggressivität und die allgemeine psychische Belastung (BSI-GSI) weiterhin im klinisch auffälligen Bereich. Frauen ohne Inanspruchnahme einer Psychotherapie wiesen zu t0 klinisch auffällige Werte in den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, Psychotizismus und der allgemeinen psychischen Belastung auf. Zu t1 waren alle Subskalen klinisch unauffällig ausgeprägt.

Laut BSI-Manual gilt ein Proband als psychisch auffällig belastet, wenn der GSI-Wert klinisch auffällig ist (d.h.  $T_{GSI} \geq 63$ ) oder wenn mindestens zwei Skalen klinisch auffällig sind ( $T_{2\text{ Skalen}} \geq 63$ ). Demnach waren zu t0 beide Gruppen (mit und ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme) psychisch belastet und zu t1 gilt die Gruppe mit Psychotherapie-Inanspruchnahme als weiterhin psychisch belastet.

## ERGEBNISSE

Tabelle 17: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für den Verlauf des psychischen Befindens in Abhängigkeit der Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe.

	Psychotherapie Ja			Klinische Auf- fälligkeit			Psychotherapie Nein			Klinische Auf- fälligkeit			Zeiteffekt		
	N	MW (SD)	+/-	N	MW (SD)	+/-	N	MW (SD)	+/-	N	MW (SD)	+/-	F	df	p
<b>EPDS</b>															
EPDS t0	64	15,82 (5,44)	+	18	14,61 (7,20)	+									
EPDS t1	64	10,09 (6,12)	+	18	8,17 (6,12)	-							28,368	1	>0,001
<b>BSI-Subskalen</b>															
SOMA t0	63	0,87 (0,82)	+	18	0,75 (0,87)	-									
SOMA t1	63	0,51 (0,58)	-	18	0,32 (0,38)	-							19,155	1	>0,001
ZWAN t0	64	1,57 (0,86)	+	17	1,23 (0,85)	+									
ZWAN t1	64	1,17 (0,85)	+	17	1,00 (0,88)	-							5,674	1	0,020
UNSI t0	64	1,46 (0,74)	+	19	1,16 (0,68)	-									
UNSI t1	64	1,14 (0,85)	-	19	0,71 (0,56)	-							11,438	1	0,001
DEPR t0	63	1,34 (0,88)	+	18	1,39 (0,92)	+									
DEPR t1	63	0,81 (0,85)	-	18	0,72 (0,87)	-							14,366	1	>0,001
ANGS t0	63	1,35 (0,91)	+	18	1,15 (0,91)	+									
ANGS t1	63	0,71 (0,66)	-	18	0,58 (0,62)	-							22,968	1	>0,001
AGGR t0	63	1,19 (0,77)	+	18	1,00 (0,62)	+									
AGGR t1	63	0,81 (0,65)	+	18	0,74 (0,51)	-							8,545	1	0,005
PHOB t0	64	0,91 (0,78)	+	19	0,63 (0,33)	+									
PHOB t1	64	0,48 (0,65)	-	19	0,50 (0,59)	-							12,587	1	0,001
PARA t0	63	0,91 (0,74)	+	18	0,68 (0,69)	-									
PARA t1	63	0,75 (0,74)	-	18	0,42 (0,38)	-							4,509	1	0,037
PSYCH t0	64	0,94 (0,73)	+	18	1,00 (0,86)	+									
PSYCH t1	64	0,55 (0,62)	-	18	0,33 (0,46)	-							21,895	1	>0,001
GSI t0	63	1,18 (0,60)	+	18	1,03 (0,59)	+									
GSI t1	63	0,77 (0,57)	+	18	0,60 (0,49)	-							21,168	1	>0,001

SOMA: Somatisierung, ZWAN: Zwanghaftigkeit, UNSI: Unsicherheit im Sozialkontakt, DEPR: Depressivität, ANGS: Ängstlichkeit, AGGR: Aggressivität/Feindseligkeit, PHOB: Phobische Angst, PARA: Paranoides Denken, PSYCH: Psychotizismus, GSI: Global Severity Index.

+ klinisch auffällig (T-Wert $\geq$ 63); - klinisch unauffällig (T-Wert<63)

Ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt ergab sich für die BSI-Skala Phobische Angst ( $F(1)=3,533$ ,  $p=0,064$ ). Bei Patientinnen mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie nahm die phobische Angst von t0 zu t1 tendenziell stärker ab als bei Patientinnen ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme. Die in den Abbildungen 8-18 dargestellten Diagramme zeigen die Verläufe der Depressivität (EPDS) und der BSI-Subskalen sowie des BSI-GSI-Wertes noch einmal grafisch.

Tendenziell signifikante Ausgangswertunterschiede in den Gruppen mit und ohne Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie lagen zu t0 in den Skalen Zwanghaftigkeit ( $T(83)=-1,807$ ,  $p=0,074$ ) und Phobische Angst ( $T(60,3)=-1,752$ ,  $p=0,085$ )

vor. Patientinnen mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie waren tendenziell zwanghafter und ängstlicher als Patientinnen ohne Inanspruchnahme einer Psychotherapie. Zu t1 unterschieden sich die Gruppen signifikant in den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt ( $T(44,3)=-2,320$ ,  $p=0,025$ ) und paranoides Denken ( $T(55,1)=-2,547$ ,  $p=0,014$ ). Patientinnen mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie waren zum Messzeitpunkt t1 sozial unsicherer und stärker paranoid als Patientinnen ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme trotz signifikanter Abnahme von t0 zu t1.

## EPDS

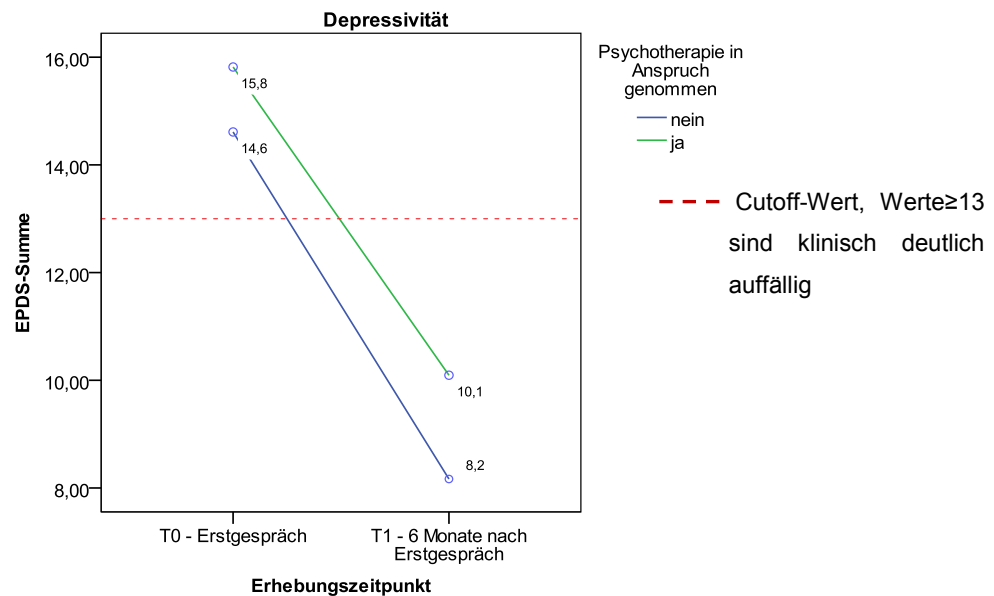


Abbildung 8: Verlauf der Depressivität (EPDS) in der Gruppe mit und ohne Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe.

## BSI-Subskalen

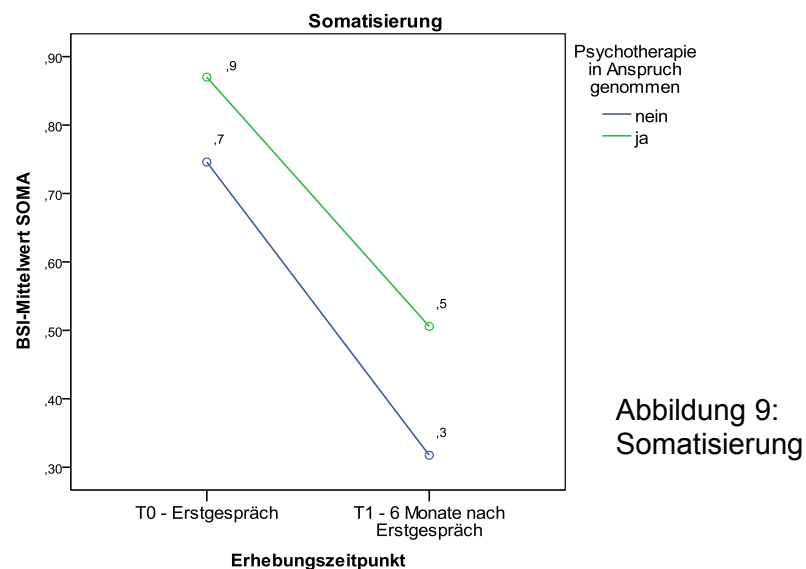


Abbildung 9:  
Somatisierung

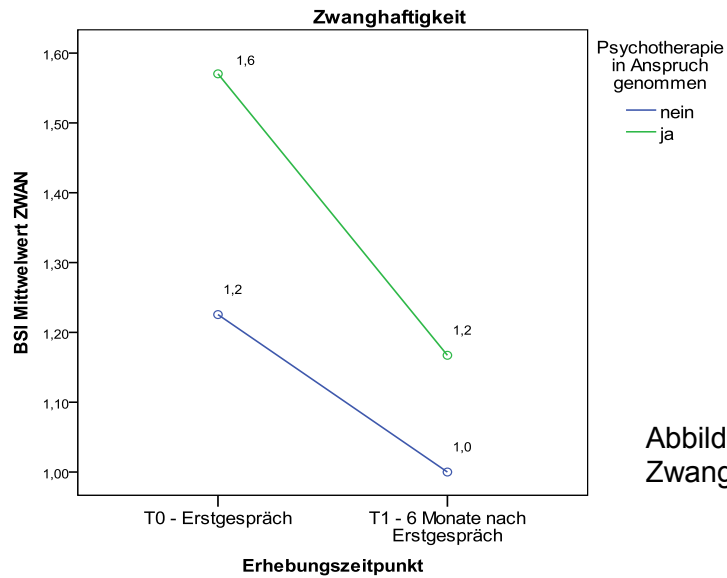


Abbildung 10:  
Zwanghaftigkeit

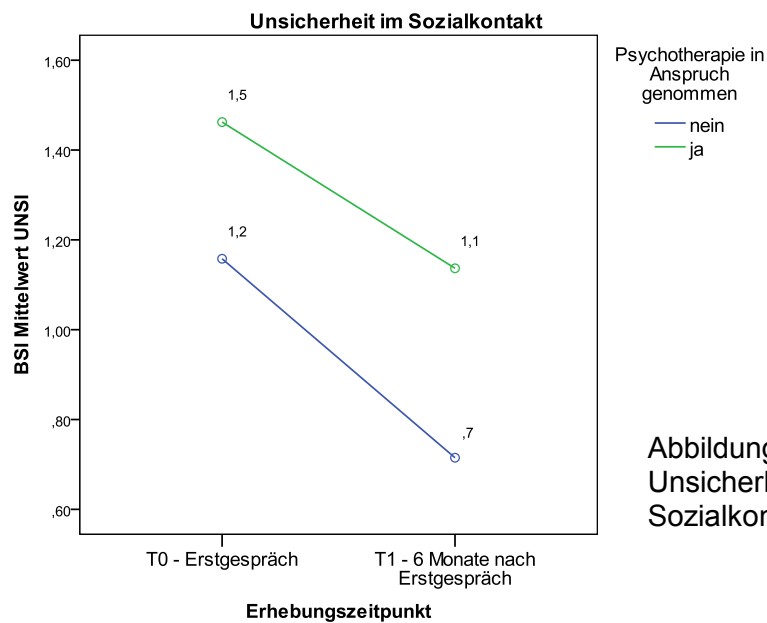


Abbildung 11:  
Unsicherheit im  
Sozialkontakt

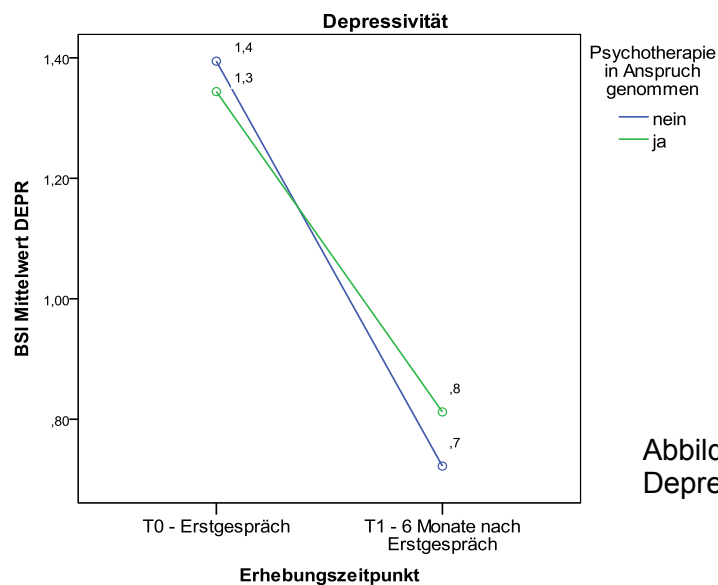


Abbildung 12:  
Depressivität

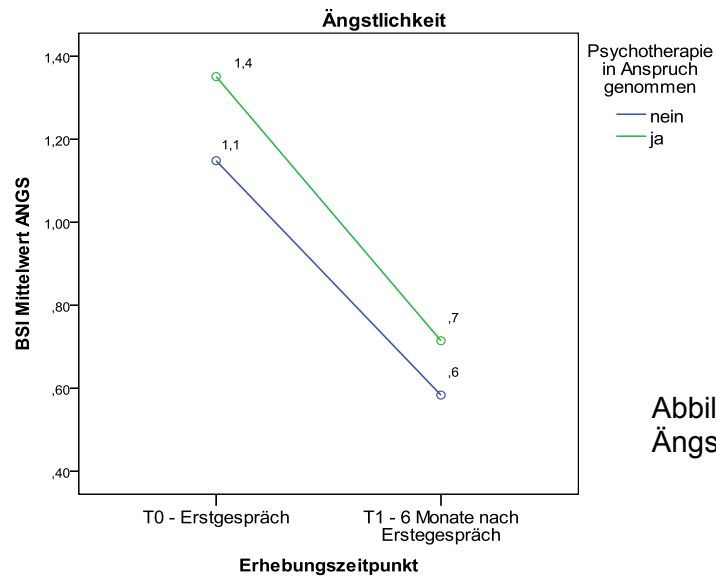


Abbildung 13:  
Ängstlichkeit

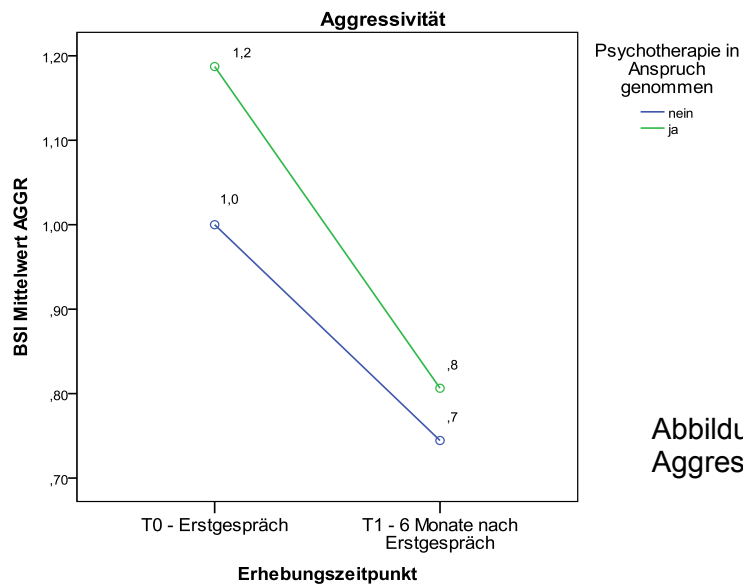


Abbildung 14:  
Aggressivität

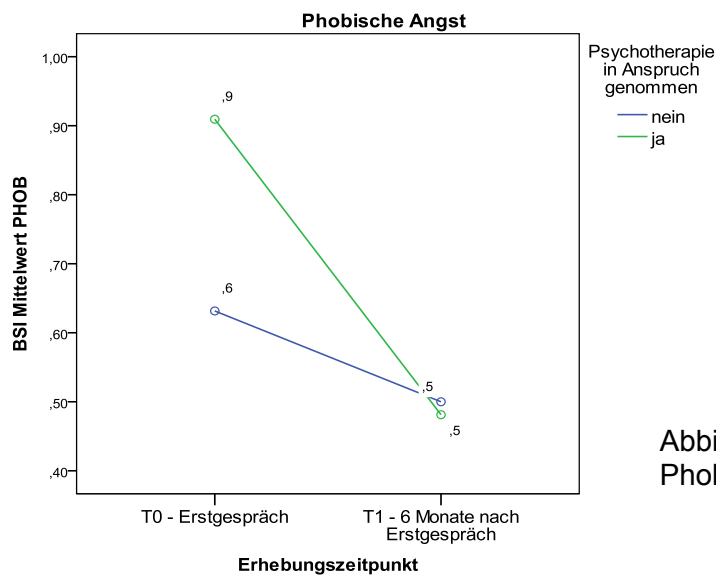


Abbildung 15:  
Phobische Angst

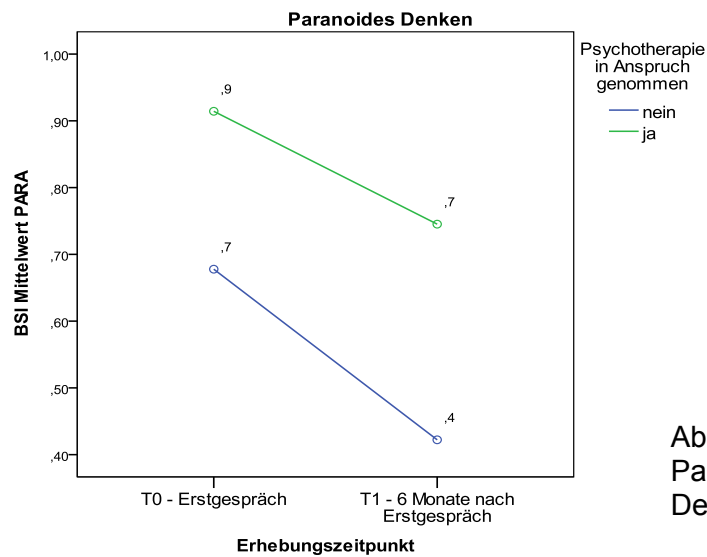


Abbildung 16:  
Paranoides  
Denken

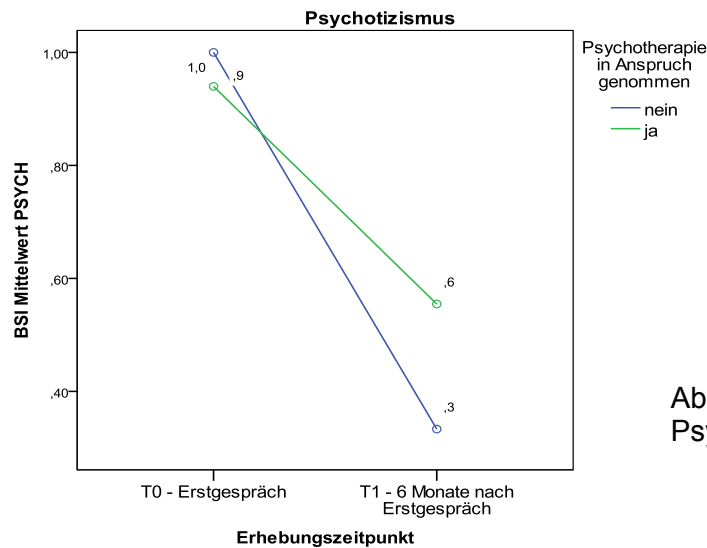


Abbildung 17:  
Psychotizismus

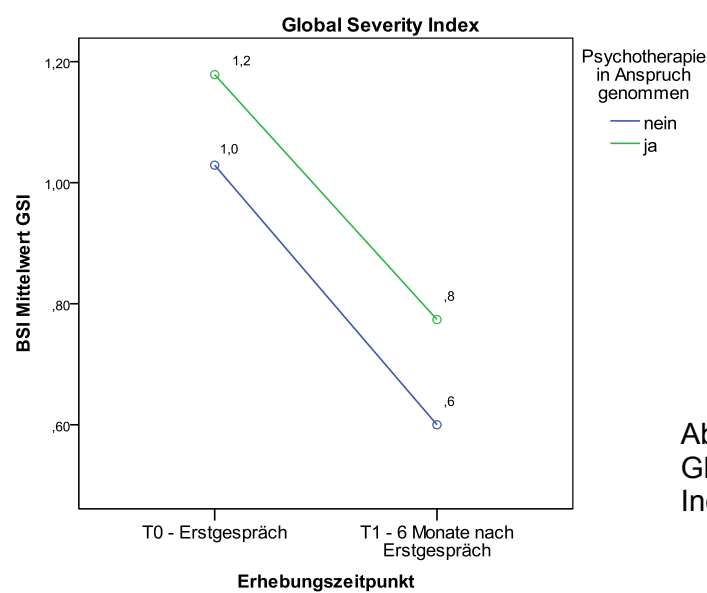


Abbildung 18:  
Global Severity  
Index

Abbildungen 9-18: Verlauf der Psychopathologie (BSI-Subskalen) in der Gruppe mit und ohne Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe.



## 6 DISKUSSION

Im Folgenden werden Ergebnisse und Methoden der vorliegenden Arbeit zusammengefasst betrachtet und unter Berücksichtigung der vorliegenden Literatur kritisch diskutiert.

### 6.1 Beschreibung der Patientinnen

Die deskriptiven Ergebnisse zur Beschreibung der Patientinnen weisen darauf hin, dass die Studienteilnehmerinnen durchschnittlich besser gebildet waren als die Allgemeinbevölkerung. Dies lässt sich in Längsschnittstudien häufig beobachten und grenzt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ein (Bortz & Döring, 1995).

Schwangere stellten sich durchschnittlich in der 23. Schwangerschaftswoche in der Spezialsprechstunde vor. Nach Gloger-Tippelt (1988) befinden sich Frauen von der 20.-32. Schwangerschaftswoche in der sogenannten Konkretisierungspause, bei der der Fetus als eigenständiges Wesen unabhängig vom Selbst akzeptiert wird, sich die Identität als Mutter herauskristallisiert und die Frau verstärkt vom sozialen Umfeld als "Schwangere" wahrgenommen wird. Dies könnte eine Rolle bei der Entstehung bzw. Aktualisierung psychischer Probleme bei den Betroffenen gespielt haben. 18% der Schwangeren berichteten eine ungeplante und ungewollte Schwangerschaft. Dieser Ambivalenzkonflikt erfordert eine Anpassungsleistung, welche mit einem hohen psychischen Leidensdruck einhergeht und die Inanspruchnahme spezialisierter Beratungs- und Behandlungsangebote erhöht (Rohde, Dorn 2007). Ein vertrauensvolles Gespräch und individuelles Vorgehen stellt hier eine enorme Entlastung dar und wird im Rahmen der Spezialsprechstunde geleistet. Postpartale Patientinnen stellten sich durchschnittlich im dritten Monat nach der Geburt vor, was mit den Ergebnissen bisheriger Studien im Einklang steht. So konnte nachgewiesen werden, dass psychische Symptome, insbesondere eine depressive Symptomatik, in den ersten drei Monaten postpartal signifikant häufiger auftreten (Reck et al., 2008; Vesga Lopez et al., 2008). Darüber hinaus spielen körperliche und psychosoziale Veränderungen bei der Frau sowie mögliche zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. mangelnde Unterstützung durch den Partner, Paarprobleme, traumatische Geburt, Stillprobleme, Probleme beim Kind) besonders in den ersten Monaten nach der Geburt eine bedeutende Rolle (Ehlert et al., 2003).

Der in der Literatur nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Auftreten psychischer Störungen und Schwangerschafts- sowie Geburtskomplikationen kann in der hier untersuchten Stichprobe zumindest auf Grundlage deskriptiver Daten ebenfalls beobachtet werden (u.a. Alder et al., 2007; Weidner et al., 2010a; Fransson et al., 2011; Dunkel Schetter & Tanner, 2012). So wiesen zwei Drittel der schwangeren und postpartalen Patientinnen Schwangerschaftskomplikationen auf, Geburtskomplikationen lagen bei der Hälfte der

Schwangeren (48%) und bei mehr als der Hälfte (62%) der postpartalen Frauen vor. Frauen, die sich postpartal vorstellten, gaben im Vergleich zu Frauen, die sich während der Schwangerschaft vorstellten, signifikant häufiger vorzeitige Wehen gehabt zu haben an. Vorzeitige Wehen stellen einen Risikofaktor für Frühgeburtlichkeit dar, was wiederum die Entwicklung postpartaler psychischer Störungen und Mutter-Kind-Beziehungsstörungen begünstigt (Muller-Nixa et al., 2004; Thiel-Bonney & Cierpka, 2004; Forcada-Guex et al., 2006).

Nun könnte man annehmen, dass sich bei einer Mutter mit Schwangerschafts- und/ oder Geburtskomplikationen die Sorgen um ihr Kind bei der Geburt eines gesunden Säuglings auflösen. Aber die Forschungslage weist darauf hin, dass Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen nicht nur mit kurzfristigen negativen Veränderungen des mütterlichen psychischen Wohlbefindens einhergehen, sondern ein Risikofaktor für postpartale psychische Störungen und damit assoziierte Mutter-Kind-Beziehungsstörungen darstellen (Burger et al., 1993; Tronick & Reck, 2009). Diese Tatsache unterstreicht, dass nicht nur eine zeitnahe Behandlung der mütterlichen psychischen Störung ausreichend ist, sondern der Fokus auf die Mutter-Kind-Beziehung gelegt werden muss, was in der Spezialsprechstunde umgesetzt wird (Weidner et al., 2015).

Hinsichtlich der Häufigkeiten psychischer Störungen, die bei der Erstvorstellung in der Spezialsprechstunde standardisiert erhoben wurden, standen Depressionen und Angst- bzw. Zwangsstörungen, gefolgt von Anpassungsstörungen im Vordergrund. Dies entspricht epidemiologischen Studien in diesen Lebensphasen (Vesga-Lopez et al. 2008; Wisner et al. 2013). Drei Viertel der Patientinnen berichteten frühere psychische Krankheitsepisoden, womit sich in der vorliegenden Studie die Schwangerschaft als vulnerable Lebensphase bei positiver Eigenanamnese zeigt, die ein sorgfältiges Monitoring psychischer Belastungen wünschenswert macht. Das Erstauftreten einer depressiven Episode war mit 18% in der Schwangeren- und 21% in der Postpartalstichprobe bis zu fünfmal höher, als im repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt von schwangeren und postpartalen Frauen zu erwarten ist (Reck et al. 2008). Es handelte sich insgesamt um eine belastete Stichprobe mit Versorgungsbedarf. Das spezialisierte Beratungsangebot spricht erwartungsgemäß selektiv Frauen an, die unter psychischen Belastungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit leiden und ein Behandlungsanliegen haben.

## **6.2 Evaluation der Spezialsprechstunde**

Hebammen und Frauenärzte waren sowohl für Schwangere als auch für Frauen nach der Geburt die Hauptzuweiser, gefolgt von ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten. Es ging hauptsächlich um die Indikationsprüfung der Aufnahme in die Mutter-Kind-Tagesklinik

oder um eine Zweitmeinung hinsichtlich passender lebensphasen- bzw. problem- oder symptomspezifischer Behandlungsmöglichkeiten. Ein niedrigschwelliger Zugang zu betroffenen Frauen durch Hebammen und Frauenärzte, die Kenntnisse über adäquate Versorgungsangebote haben und entsprechend vernetzt sind, ist insbesondere vor dem Hintergrund von Stigmatisierungsängsten sehr wertvoll.

Auf Patientenseite bestand eine hohe Zufriedenheit mit dem Sprechstundenangebot, das durch seine Kurzfristigkeit unmittelbar entlastend wirkt. Auch mit den durch die Therapeutin erhaltenen Empfehlungen zur Weiterbehandlung und der Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Anlaufstellen war der Großteil der Frauen sehr zufrieden. Dies zeigte sich unter anderem auch in der Gesamtnote von 1,7 auf der Schulnotenskala.

Mit einer Wartezeit von durchschnittlich zwei Wochen und sofortiger Verfügbarkeit von Diagnostik- und Behandlungsangeboten bzw. Vermittlung in spezialisierte bzw. kurzfristig verfügbare Angebote ist die Sprechstunde den Angeboten der Routineversorgung in Ostdeutschland klar überlegen. So lagen die Wartezeiten auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch bei durchschnittlich 9,9 Wochen und für den Beginn einer Psychotherapie bei sogar 14,2 Wochen (Peikert et al. 2011).

Kritikpunkte, die von den Frauen genannt wurden, waren (1) die fehlende Möglichkeit für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung innerhalb der Sprechstunde, (2) teilweise Wartezeiten von mehr als zwei Wochen und (3) teilweise erhaltene Hilfsangebote, die als wenig konkret wahrgenommen wurden.

Der erste Kritikpunkt spricht für eine gute Akzeptanz der Spezialsprechstunde. Neben der Diagnostik gehören das Erkennen von psychosozialen Krisensituationen und schweren Krankheitsverläufen zu deren Aufgaben. Jedoch bietet die Sprechstunde keine Kapazitäten für eine ambulante Psychotherapie und nur in einzelnen Fällen ist die Übernahme von Patientinnen in eine ambulante Psychotherapie im Rahmen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) möglich, vorausgesetzt gewisse Indikationskriterien sind erfüllt. Aus diesem Grund ist es wichtig, jede Patientin beim Erstkontakt auf die Arbeitsweise der Spezialsprechstunde hinzuweisen, um Enttäuschungen vorzubeugen. Es ist positiv zu erwähnen, dass durch das "Netzwerk Schwangerschaft und Wochenbett", die Mutter-Kind-Tagesklinik, die Elternambulanz an der Klinik für Psychiatrie am Weißen Hirsch und durch Angebote psychosozialer Trägervereine (z.B. Kaleb, Malwina) sowie weiterer Akteure eine gut ausgebaute Versorgungsstruktur für Frauen mit peripartalen psychischen Störungen im Dresdner Raum besteht und die Spezialsprechstunde eine wichtige Funktion als "Weichensteller" bei der Behandlungsplanung und Vermittlung übernimmt.

Bzgl. des zweiten Kritikpunktes, der teilweise längere Wartezeiten von mehr als zwei Wochen beinhaltet ist zu erwähnen, dass das Ziel der Sprechstunde darin besteht, betroffenen Frauen einen möglichst zeitnahen Erstgesprächstermin anzubieten. Dies konnte

jedoch insbesondere während Urlaubszeiten und bei krankheitsbedingten Ausfällen nicht immer gewährleistet werden.

Der dritte Kritikpunkt wirkt bei genauer Analyse der Daten widersprüchlich, denn bis auf n=3 Frauen hat jede Patientin eine Empfehlung zur Weiterbehandlung oder Unterstützung erhalten, die wiederum von fast allen Frauen auch umgesetzt wurden. Hier sind einerseits Erinnerungsverzerrungen anzunehmen. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass sich Patienten bei einem Erstgespräch nur einen Bruchteil der erhaltenen Informationen merken. Aus diesem Grund sollten wichtige Informationen aufgeschrieben oder Informationsmaterial mitgegeben werden.

Die kurzen Wartezeiten und die sofortige Verfügbarkeit von Diagnostik-, Beratungs- und Behandlungsangeboten bzw. Vermittlung in kurzfristig verfügbare Angebote verdeutlicht die Arbeitsweise der Spezialsprechstunde als ein niedrigschwelliges Angebot mit einem schnellen Beratungszugang. Innerhalb von wenigen Stunden gibt die Sprechstunde die Möglichkeit der zeitnahen Diagnosestellung, Psychoedukation, Krisenintervention und Therapieeinleitung. Hiermit wird die Forderung nach einer möglichst schnellen Behandlung erfüllt und Chronifizierung sowie Symptomverstärkung minimiert bzw. vermieden (Weidner et al. 2010).

Im Laufe der Projektlaufzeit wurden wiederholt Schwierigkeiten an der Schnittstelle zwischen ambulanter Sprechstunde und der Implementierung von Hilfen zur Verhinderung einer Kindeswohlgefährdung durch z.B. Beantragung einer sozialpädagogischen Familienhilfe oder der Beantragung und Vermittlung in ein Mutter-Kind-Wohnen, deutlich. Für die Implementierung dieser Hilfen fehlten im Rahmen der Sprechstundenarbeit die dafür notwendigen zeitlichen Ressourcen sowie auch die dafür notwendigen fachspezifischen Kenntnisse. Diese Schnittstellenproblematik wurde während der Evaluationsphase nochmals deutlicher erkennbar und wurde offen kommuniziert mit dem Ziel, eine geeignete Lösung zu finden. Die Lösung bestand darin, dass eine sozialpädagogische Fachkraft, die aus Mitteln des Jugendamtes der Stadt Dresden finanziert wird, für diese Aufgaben eingesetzt wird. Dadurch kann nun verbessertes und bedarfsgerechtes Fallmanagement gewährleistet werden.

### **6.3 Behandlungsbedarf und Behandlungsinanspruchnahme**

Die Ergebnisse zeigen einen objektiv hohen Bedarf an Psychotherapieplätzen, denn für 82% der schwangeren und 92% der postpartalen Frauen lag die Indikation dafür vor. Diese, für das Versorgungssystem große Herausforderung, konnte jedoch als zufriedenstellend erfüllt angesehen werden, was sich in der Gegenüberstellung eines objektiv hohen Bedarfs

an Psychotherapieplätzen und einer hohen Vermittlungsrate von 80% der schwangeren und 77,8% der postpartalen Patientinnen zeigt. Diese Compliance-Raten übertreffen die Compliance-Raten anderer Studien für die Inanspruchnahme von Psychotherapie nach Vorstellung in psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanzen (Schneider & Bursy 1994; Franz et al., 1999; Huber et al., 2000; Rumpold et al., 2004; Schweickhardt et al., 2005). Dennoch ist bei der hohen Vermittlungsquote zu berücksichtigen, dass sie bei einer Rücklaufquote von 73% in der Schwangeren- und 74% in der Postpartal-Stichprobe nicht auf alle Patientinnen übertragen werden kann.

Begleitende institutionelle Hilfen, insbesondere Haushaltshilfen, stellten vor allem für postpartale Frauen wichtige Unterstützungsangebote dar, die auch sehr zufriedenstellend in Anspruch genommen wurden. Diese Form der Entlastung kann bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden und Betroffene profitieren erfahrungsgemäß sehr gut davon.

Ein Teil der Patientinnen nahm zum Zeitpunkt des Erstgespräches bereits Psychopharmaka ein, sodass die Empfehlung dafür vergleichsweise selten ausgesprochen wurde. Darüber hinaus kamen Störungsbilder, wie bipolare Störungen, Schizophrenien oder schwere Depressionen und Zwangsstörungen, bei denen die Behandlung mit Psychopharmaka eine essentielle Rolle spielt, in der untersuchten Stichprobe fast nicht vor. Diese Frauen wurden am Telefon vorselektiert und bekamen einen Termin in der Sprechstunde "Psychopharmaka in Schwangerschaft und Postpartalzeit" an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums. Die Inanspruchnahme von empfohlenen Psychopharmaka war mit 60% bei den schwangeren und 44% bei den postpartalen Patientinnen recht zufriedenstellend. Obwohl mittlerweile vielfache Studien und Erfahrungen zum Einsatz von Psychopharmaka in der Schwangerschaft und Stillzeit vorliegen (siehe dazu [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)), scheint dies weiterhin ein angstbesetztes Thema bei den Patientinnen zu sein und mit einer geringen Compliance einhergeht (Boath et al., 2004).

In beiden Stichproben setzten n=26 Frauen (25,5%) die Behandlungsempfehlungen nicht um. Auf Nachfrage schien sich die Hälfte der Frauen nicht daran zu erinnern, eine Empfehlung erhalten zu haben. Hierfür könnten unterschiedliche Erklärungsansätze diskutiert werden. Zum einen könnte es sich bei der Angabe um eine selbstwertdienliche Wahrnehmungsverzerrung gehandelt haben. Zum anderen könnte die Kurzintervention zu einer ausreichenden Stabilisierung geführt haben, weshalb eine weitere Behandlung nicht mehr als notwendig eingeschätzt wurde (vgl. Frisch & Riecher-Rössler, 2012). Eine andere Erklärung könnte aber auch sein, dass, wie bereits erwähnt, nur ein Bruchteil der erhaltenen Informationen wahrgenommen und gemerkt wurden. Dies ist vor dem Hintergrund der emotional labilisierten Situation, in der sich die Frauen bei Vorstellung in der Sprechstunde befanden, nachvollziehbar. Aus diesem Grund sollten wichtige Informationen aufgeschrieben

oder Informationsmaterial mitgegeben werden. Die Erhebung der jeweiligen Gründe für die fehlende Umsetzung einer Behandlungsempfehlung kann dabei helfen, die Behandlung bedarfsspezifischer zu gestalten. Dies sollte in weiterführenden Untersuchungen erfolgen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse nicht nur für eine erfolgreiche Arbeit und Effektivität der Sprechstunde, sondern insbesondere auch für ein gut funktionierendes Netzwerk von FachkollegInnen und weiteren Professionen sprechen. Mit der geografischen Erweiterung des Netzwerkes Schwangerschaft und Wochenbett auf einen Außenkreis von kooperierenden Kolleginnen wurde auf den hohen Versorgungsbedarf reagiert (Weidner et al. 2015). Das Ergebnis unterstreicht aber auch die Notwendigkeit von speziellen Mutter-Kind-Behandlungen, wie sie seit 2010 in der Mutter-Kind-Tagesklinik an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden erfolgreich durchgeführt wird. Bei postpartalen psychischen Störungen steht nicht nur die Reduktion der mütterlichen Symptomatik im Fokus, sondern vor allem auch die Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung, was ein Behandlungsschwerpunkt der Mutter-Kind-Tagesklinik darstellt (Forman et al., 2007; Weidner et al., 2015).

#### **6.4 Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Psychotherapie**

Patientinnen, die eine Psychotherapie aufnahmen, hatten im Durchschnitt mehr Diagnosen und öfter bereits Vorerfahrungen mit einer psychischen Erkrankung (und auch deren Behandlung; hier nicht berichtete Daten der Studie; Weidner et al. 2011). Dies mag für sie die Schwelle für die Inanspruchnahme von Psychotherapie gesenkt haben. Weiterhin setzten Frauen eine empfohlene Psychotherapie am wahrscheinlichsten dann um, wenn das Funktionsniveau im Alltag, d.h. postpartal die Versorgung des Säuglings und die Rollenübernahme als Mutter, am meisten beeinträchtigt war. Offensichtlich war dies häufiger dann der Fall, wenn die Frauen zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale und (phobische) Ängste zeigten, die mit den gewachsenen Rollenanforderungen möglicherweise interferierten. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere Frauen mit einem hohen Perfektionsstreben sowie hohen Leistungsansprüchen an sich selbst schneller in eine psychische Destabilisierung geraten, wenn die gewohnten Strukturen nicht mehr haltbar sind. Weiterhin wird angenommen, dass eine ausgeprägte Ängstlichkeit mit dem Bedürfnis nach Sicherheit und Unterstützung einher geht, was das Aufsuchen einer empfohlenen Psychotherapie fördert. Auch in den Untersuchungen von Schweickhardt et al. (2005) und Franz et al. (1999) waren eine stärker ausgeprägte Ängstlichkeit, eine größere Gesamtsymptombelastung und das Persönlichkeitsmerkmal Zwanghaftigkeit signifikante Prädiktoren für die Psychotherapieinanspruchnahme.

Bei Patientinnen, die eine Psychotherapie in Anspruch nahmen, fand häufiger eine direkte Therapieanbahnung (telefonische Kontaktaufnahme) mit dem Weiterbehandler durch den Sprechstunden-Therapeuten statt. Dies muss als Hinweis gewertet werden, dass psychisch kranke Frauen in der Peripartalzeit besondere Unterstützung benötigen. Bereits bei Möller und Lauter (1986) hatte eine aktive Hilfestellung durch den Therapeuten einen prognostischen Einfluss auf die Psychotherapieinanspruchnahme. Entgegen der Beobachtung oder Annahme, dass sich intrinsische Psychotherapiemotivation auch in der selbstständigen Erstkontaktaufnahme ausdrückt, muss man die spezifische peripartale Situation der Frauen mit Stigmatisierungsangst sowie Belastungen durch die Versorgung des Säuglings berücksichtigen. Außerdem erscheint ein solcher Kontakt hilfreich, um innerhalb des anhaltend überlasteten Versorgungssystems Kapazitäten für diese spezielle Patientinnengruppe freizuschalten und das Bewusstsein der Behandler für ihre Bedürfnisse zu schärfen. Auch die therapeutische Beziehung korrelierte positiv mit der Psychotherapieinanspruchnahme. Einer Metaanalyse von fast 400 Therapie-Vergleichsstudien zufolge ist die therapeutische Allianz der Hauptwirkfaktor bei einer Psychotherapie (Nocross & Wampold 2011). Dies therapeutische Allianz beschreibt die Übereinstimmung von Behandler und Patient innerhalb des „therapeutischen Arbeitsbündnisses“ insbesondere in Hinblick auf die Ziele unter Berücksichtigung der Beziehung. Ist die therapeutische Allianz zu einem frühen Zeitpunkt positiv ausgeprägt, so entscheidet dies über einen positiven Therapieverlauf (Horvarth 2011). Damit deutet sich mit der Spezialsprechstunde als erste Anlaufstelle mit Weichenstellerfunktion eine essentielle Funktion neben der Diagnostik, ggf. Krisenintervention, Vermittlung an: dem Angebot einer therapeutischen und positiven Beziehung und damit Motivationsaufbau. Der niedrighschwellige Zugang zu solch positiv erlebten Behandlungsangeboten kann den besonders geringen Inanspruchnahmequoten von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten in der Peripartalzeit entgegenwirken.

In einigen früheren Studien wirkte sich eine ausgeprägte Depressivität positiv auf die Therapieaufnahme aus (Brähler & Brähler, 1986; Franz et al., 1999; Rumpold et al., 2004), was sich in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigte. Hingegen zeigte sich ein eher zurückhaltender, selbstunsicherer und fürsorglicher Persönlichkeitsstil stärker compliant in der Umsetzung einer empfohlenen Psychotherapie. Bei Rumpold et al., (2004) hatten Persönlichkeitsstile, die von Ausnutzbarkeit, Fürsorglichkeit und Selbstunsicherheit geprägt waren und denen der hier vorliegenden Untersuchung sehr ähnlich sind, ebenfalls einen prognostischen Einfluss auf den Überweisungserfolg.

Zusammenfassend waren in der vorliegenden Untersuchung eine Vorgeschichte psychischer Störungen, psychische Komorbidität, Zwanghaftigkeit und Angst, ein zurückhaltender-selbstunsicherer-fürsorglicher Persönlichkeitsstil sowie eine aktive Hilfestellung durch die

Therapeutin und eine positive Patient-Therapeut-Beziehung wichtige Indikatoren für die Entscheidung der Patientinnen zur Therapieaufnahme. Das heißt, Patientinnen mit diesen Merkmalen realisieren mit hoher Wahrscheinlichkeit bei entsprechender Motivation durch die Therapeutin eine psychotherapeutische Behandlungsempfehlung.

Keinen Einfluss auf die Umsetzung einer empfohlenen Psychotherapie hatten soziodemografische Variablen, Vorerfahrungen mit psychotherapeutischen Behandlungen und die aktuelle psychische Diagnose nach ICD-10, was in Einklang mit anderen Studien, in denen der Nutzen von Beratungsgesprächen untersucht wurde, steht (Strauß et al., 1991; Huber et al., 2000; Rumpold et al., 2004; Schweickhardt et al., 2005; Fisher-Kern et al., 2006). Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Befundlage hinsichtlich soziodemografischer Variablen weiterhin uneinheitlich ist, denn in einigen Studien hatten ein jüngeres Alter, Zugehörigkeit zur Mittelschicht oder ein hoher Bildungsstand einen prognostischen Einfluss auf die Therapieinanspruchnahme (Göllner et al., 1983; Brähler & Brähler, 1986; Cube, 1993; Franz et al., 1999; Huber et al., 2000; Rumpold et al., 2004). Darüber hinaus spielten die Bewertung des Erstgespräches anhand einer Schulnote, die Anzahl der Termine in der Sprechstunde, die Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen und die Erwünschtheit der Schwangerschaft keine Rolle bei der Therapieaufnahme.

## **6.5 Verlauf des psychischen Befindens**

Es interessierte der Verlauf des psychischen Befindens zum Zeitpunkt der Erstvorstellung und sechs Monate später. Im Einklang mit anderen Befunden ließ sich auch in der vorliegenden Stichprobe eine signifikante Reduktion depressiver Symptome von präpartal zu postpartal nachweisen (Evans et al., 2001; Heron et al., 2004; Reulbach et al., 2009). Zudem zeigte sich eine signifikante Abnahme somatischer und psychischer Symptome in den BSI-Subskalen. Auch wenn kein signifikanter Interaktionseffekt für die Inanspruchnahme von Psychotherapie nachgewiesen werden konnte, weisen die deskriptiven Daten auf eine allgemein stärkere psychische Belastung und höhere Krankheitsschwere in der Gruppe mit Psychotherapieinanspruchnahme hin. So lagen die Werte für Depressivität, Zwanghaftigkeit, Aggressivität und die allgemeine psychische Belastung (Global Severity Index - GSI) bei Therapieannehmern auch noch sechs Monate nach der Erstvorstellung im klinisch auffälligen Bereich bzw. an der Grenze zur klinischen Auffälligkeit. Der GSI-Wert gilt als sensitivster und bester Indikator für die allgemeine psychische Belastung (Franke, 2000) und war bei Frauen mit Psychotherapieinanspruchnahme sechs Monate nach Erstvorstellung weiterhin klinisch bedeutsam. Dahingegen verbesserten sich Patientinnen ohne Therapieinanspruchnahme (trotz Empfehlung) hinsichtlich depressiver Symptome und in allen BSI-Subskalen bis in den



klinisch unauffälligen Bereich. Inhaltlich steht dieses Ergebnis in Einklang damit, dass Frauen mit Psychotherapieinanspruchnahme auch häufiger psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, ein geringeres globales Funktionsniveau und eine höhere psychische Komorbidität aufwiesen. Diese Patientinnen wurden durch die Sprechstunde erreicht und konnten für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie motiviert werden, was als positiv zu werten ist.

Darüber hinaus scheint es zu einer Selektion durch die Patientinnen selbst gekommen zu sein: stärker psychisch beeinträchtigte Patientinnen setzen eine empfohlene Psychotherapie häufiger um als weniger psychisch beeinträchtigte Frauen. Therapieablehner befanden sich zum Zeitpunkt der Vorstellung sicher genauso wie Therapieninanspruchnehmer "auf dem Gipfel" ihrer psychischen Belastung, jedoch kann bei diesen Frauen eher von einer akuten Belastung basierend auf weniger tiefgreifenden Konflikten ausgegangen werden. Durch die Sprechstunde erfolgten Entlastung, Aufklärung über das Krankheitsbild und über Behandlungsmöglichkeiten sowie niedrigdosierte, psychotherapeutisch wirksame Interventionen, die bei diesen Frauen eine Verbesserung der Psychopathologie induzierten. Betroffene schätzten in diesem Falle eine weiterführende Psychotherapie als nicht mehr notwendig ein. Zudem war die Persönlichkeit von Therapieablehnern eher von Selbstsicherheit geprägt, was das Aufsuchen bzw. die Aktivierung von bestehenden Ressourcen (z. B. Gespräche mit Freunden, Aktivierung sozialer Unterstützung) erleichtert, um die psychische Belastung zu reduzieren oder die Krise zu bewältigen. Therapieannehmer hatten einen eher zurückhaltend selbstunsicher-fürsorglichen Persönlichkeitsstil, der eine Psychotherapieinanspruchnahme begünstigt. Die bei Erstvorstellung stärker ausgeprägte phobische Angst bei Therapieannehmern nahm im Verlauf stärker ab als bei Therapieablehnern (signifikanter Interaktionseffekt), was für einen positiven Effekt spricht. Im Gegensatz dazu waren die soziale Unsicherheit und das paranoide Denken bei Therapieannehmern sechs Monate nach Erstvorstellung noch stärker ausgeprägt als bei Therapieablehnern. Vermutlich ist die Therapiedauer noch zu kurz, um bedeutsame Effekte hinsichtlich Selbstwertstärkung und Reduktion von Minderwertigkeitsgefühlen zu erzielen. Darüber hinaus haben die Therapeutinnen der Spezialsprechstunde keinen Einfluss auf die Qualität der weiterführenden Therapie. Da sich die Patientinnen während der Folgebefragung meist noch in Therapie befanden, ist eine weitere Symptomverbesserung nicht auszuschließen.

Abschließend ist anzumerken, dass bei einem Zeitraum von sechs Monaten Spontanremissionen denkbar sind und dass die vorliegende Untersuchung nicht das Ziel verfolgte, die Effektivität von Psychotherapie differenziert zu analysieren, sondern die Verläufe deskriptiv abzubilden.

## 6.6 Methodenkritik

Die vorliegende Studie weist methodische Stärken, aber auch Schwachpunkte und Limitationen auf, die im Folgenden kritisch reflektiert und bewertet werden.

Es handelte sich um eine naturalistische Versorgungs- und Evaluationsstudie mit einem zwei Messzeitpunkten ohne Kontrollgruppe. Es wurden schwangere und postpartale Frauen befragt, die sich aufgrund psychischer Belastungen in der Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei" vorstellten. Das Zeitintervall zwischen den Messzeitpunkten betrug sechs Monate. Im Vordergrund standen die klinische Realität und die Beobachtung "im Feld", was die externe Validität erhöhte. Neben psychometrischen Verfahren erfolgte eine strukturierte Diagnostik psychischer Störungen mittels klinischem Interview nach DSM-IV. Die verwendete Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ist ein international eingesetztes, validiertes und anerkanntes Selbsteinschätzungsinventar zur Erfassung von Depressivität in der Peripartalzeit und ermöglicht durch den breiten Einsatz einen Vergleich mit anderen Studienergebnissen. Das Brief Symptom Inventory (BSI) ermöglicht durch die Erfassung psychischer und somatischer Symptome auf neun Skalen und die Berechnung eines globalen Kennwertes für die allgemeine psychische Belastung eine breite, aber dennoch differenzierte Erfassung der Psychopathologie. Ein standardisierter Ablauf der Untersuchungen zu beiden Messzeitpunkten spricht für eine gute Durchführungsobjektivität. Die Compliance der Studienteilnehmerinnen konnte durch die Möglichkeit, die Folgebefragung im häuslichen Umfeld der Probandinnen durchzuführen, erhöht werden, wodurch Dropouts reduziert werden konnten. In der vorliegenden Untersuchung kann die Teilnehmerrate zu t1 mit 67% in der Schwangeren- und 70% in der Postpartal-Stichprobe im Vergleich zu anderen Studien zur Psychotherapieinanspruchnahme als gut eingeschätzt werden (Franz et al., 1999; Schneider & Bursy, 1994; Huber et al., 2003). Die Bewertung der Sprechstunde erfolgte ausschließlich aus Sicht der Patientinnen. Diese Vorgehensweise wird durch die Studie von Huber et al. (2000) gestützt, in der die Zufriedenheit mit dem Erstgespräch in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz mit den Patientenangaben, aber nicht mit den Therapeutenangaben vorhergesagt werden konnte.

Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Versorgungs- oder ad hoc Stichprobe handelte (es wurden nur die Patientinnen befragt, die sich in der Spezialsprechstunde an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum vorstellten), kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Patientinnen, die die spezielle Behandlung am Universitätsklinikum aufsuchten, von anderen Frauen mit peripartalen psychischen Belastungen bzw. Störungen unterscheiden. Dies stellt eine Einschränkung der Arbeit dar und die Ergebnisse können nur auf Frauen, die während ihrer Schwangerschaft und Postpartalzeit eine Spezialsprechstunde zur Behandlung psychischer Störungen aufsuchten, generalisiert werden.

Die Stichprobe ist heterogen, unterschiedliche Versorgungspfade können nur begrenzt abgebildet werden. Diese Limitationen sind jedoch bei Therapieverlaufsstudien in unterschiedlichen Designs zu finden (z.B. Altmann et al. 2015; Franz et al. 2015) und damit nicht unüblich.

Die höhere Bildung bei schwangeren Studienteilnehmerinnen und das höhere Alter sowie höhere monatliche Nettoeinkommen bei postpartalen Respondern deutet auf Selektionseffekte hin. Die Studienergebnisse können nur auf diese Gesellschaftsschichten beschränkt werden. Frauen mit Teilnahme waren vermutlich engagierter und interessierter, was bei der Durchführung von Längsschnittstudien häufig zu beobachten ist. Ein weiterer Nachteil von Längsschnittstudien ist das systematische Ausscheiden von Personen über die Zeit (Bortz & Döring, 1995).

Kritisch anzumerken ist, dass  $t_0$  sowohl in der Schwangeren- als auch in der Postpartal-Stichprobe zu keinem einheitlich festgelegten Zeitpunkt erfolgte, sondern sich an dem jeweiligen Zeitpunkt der Erstvorstellung orientierte. Insbesondere in der Postpartal-Stichprobe lag eine große Varianz in der Postpartalwoche vor. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Frauen ein, denn einige Wochen nach der Geburt ist man als junge Mutter mit anderen Umständen und Herausforderungen konfrontiert als sechs oder sieben Monate nach der Geburt. Dennoch entspricht das erste Jahr nach der Geburt der Postpartalzeit und stellt eine sensible Phase dar (Hornstein et al., 2009a). Auch der Zeitraum zwischen  $t_0$  und  $t_1$  variierte in der Schwangeren-Stichprobe je nach Schwangerschaftswoche zum Studieneinschluss zwischen ein und acht Monaten. Dennoch wurde ein Großteil der Patientinnen im Zeitraum fünf bis sieben Monate folgebefragt. Studien zufolge waren die meisten Patienten innerhalb von drei Monaten in Therapie (Cube, 1983; Huber et al., 2000), so dass auch kürzere Zeiträume in der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Psychotherapieinanspruchnahme keine Schwierigkeiten darstellen sollten.

Einen weiteren methodischen Kritikpunkt stellt der geringe Stichprobenumfang dar. Dies wirkte sich auf die statistische Power aus, so dass kleine Unterschiede nicht signifikant wurden und keine zuverlässigen Aussagen getroffen werden konnten. Darüber hinaus bestand eine ungleiche Verteilung der Personen auf die Substichproben mit und ohne Psychotherapieinanspruchnahme, Frauen ohne Therapieinanspruchnahme waren unterrepräsentiert.

Es ist kritisch anzumerken, dass nur spontan berichtete Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen erfasst wurden und die Erhebung retrospektiv erfolgte. In zukünftigen Studien sollten die Komplikationen standardisiert erhoben werden.

## **6.7 Klinische Implikationen und Ausblick**

Vorrangiges Ziel der Evaluationsstudie war es, die Therapie- und Behandlungsangebote am Universitätsklinikum Dresden für Frauen mit peripartalen psychischen Störungen zu untersuchen, auszubauen und ggf. Versorgungslücken zu identifizieren. Die vorliegende Arbeit stellt damit einen Beitrag zur Versorgungsforschung dar.

Die Spezialsprechstunde ermöglicht als ein niedrigschwelliges Angebot einen schnellen Beratungs- bzw. Behandlungszugang für Frauen mit peripartalen psychischen Störungen. Sie wird von Betroffenen positiv angenommen und bietet innerhalb von wenigen Stunden die Möglichkeit der zeitnahen Diagnosestellung mit Option der Psychoedukation, Krisenintervention und Therapieeinleitung. Ein Großteil der Patientinnen konnte in eine für sie geeignete Therapieform vermittelt werden, was dafür spricht, dass die Frauen durch die Sprechstunde erreicht wurden und die Netzwerkarbeit gut funktioniert. Damit übernimmt die Sprechstunde als "Weichensteller" eine wichtige Funktion im Versorgungsnetz und leistet einen Beitrag zur Prävention von Mutter-Kind-Beziehungsstörungen sowie potentiell nachfolgenden Verhaltens- und emotionalen Problemen des heranwachsenden Kleinkindes.

Wichtige Ansatzpunkte für die Verbesserung der Versorgung von Frauen mit peripartalen psychischen Störungen stellen die Implementierung von Fortbildungsmaßnahmen für ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen zur Behandlung peripartaler psychischer Störungen dar. Daneben sollten Hebammen, Gynäkologen, Kinderärzte und andere Helfer befähigt werden, vulnerable bzw. betroffene Frauen/ Familien zu erkennen und ihnen adäquaten Hilfsangeboten zuzuweisen. Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ebenfalls bedeutsam (Dennis & Chung-Lee 2006; von Ballestrem & Weigle 2012). Darüber hinaus kommt der Verfügbarmachung solcher Sprechstunden in der Fläche besondere Bedeutung zu, da die Frauen außerhalb der Städte oft besonders schlecht versorgt und mit Baby wenig mobil sind. Zudem hilft die Verfügbarkeit professioneller Hilfsangebote den potentiellen Zuweisern im Umgang mit ihren eigenen Unsicherheiten bzgl. der Behandlung und fördert somit in gewisser Weise erst das „Hinsehen“ und damit die adäquate Versorgung von Mutter und Kind.

Unmittelbare praktische Implikationen, die sich aus den Ergebnissen für die Arbeit in der Spezialsprechstunde ableiten lassen, bestehen darin, dass wichtige Informationen zur Behandlungsplanung für die Patientinnen aufgeschrieben oder Informationsmaterial mitgegeben werden sollte, um Erinnerungsverzerrungen vorzubeugen. Um Enttäuschungen auf Patientenseite zu vermeiden, sollte transparent gemacht werden, dass eine ambulante Psychotherapie im Rahmen der Spezialsprechstunde in der Regel nicht möglich ist. Die Realisierung einer empfohlenen Psychotherapie lässt sich durch aktive Hilfestellung bei der

Therapievermittlung und einer als positiv erlebten Beziehung im Erstgespräch von Therapeutenseite positiv beeinflussen. Insbesondere bei psychischen Störungen in der Vorgeschichte ist eine adäquate Aufklärung über peripartale psychische Beschwerden sowie ihre Behandelbarkeit und verfügbare Versorgungsstrukturen im Rahmen der Geburtsvorbereitung und Nachsorge notwendig. Durch eine frühzeitige Behandlung, kann die Rückfallhäufigkeit deutlich gesenkt werden. Patientinnen mit einem eher selbstsicheren Persönlichkeitsstil, einem guten globalen Funktionsniveau, ohne hohe psychischer Komorbidität und ohne psychische Störungen in der Vorgeschichte sollten frühzeitig herausgefiltert und für eine Kurzzeitpsychotherapie motiviert werden, da sie eher von einer kurzzeitigen psychoedukativ-supportiven Psychotherapie profitieren. Auf eine längere Suche nach einer langfristigen ambulanten Psychotherapie sollte hier verzichtet werden (Weidner et al., 2006). Mit der geografischen Erweiterung des Netzwerkes Schwangerschaft und Wochenbett auf einen Außenkreis von kooperierenden Kolleginnen wurde auf den hohen Versorgungsbedarf reagiert (Weidner et al. 2015). Auf die Schnittstellenproblematik zwischen Sprechstunde und Implementierung von Hilfen zur Verhinderung einer Kindeswohlgefährdung wurde mit dem Einsatz einer sozialpädagogischen Fachkraft reagiert, wodurch ein verbessertes und bedarfsgerechtes Fallmanagement gewährleistet werden kann.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen die Sinnhaftigkeit niedrigschwelliger zielgruppenspezifischer Sprechstunden als Weichensteller im komplexen medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Zusammenfassend lassen sich die Ziele, Vorteile und Inhalte des Spezialangebotes wie folgt darstellen:

- Erkennen der aktuellen Problematik, Diagnostik der psychischen Störung(en)
- Krisenintervention
- Psychoedukation mit Aufklärung über peripartale psychische Beschwerden, deren Behandelbarkeit und verfügbare Versorgungsstrukturen im Rahmen der Geburtsvorbereitung und Nachsorge
- Aufklärung über psychosomatische Reaktionen sowie Auswirkungen auf die eigene Person, die Schwangerschaft, Geburt, auf das Kind und auf die Mutter-Kind-Beziehung
- Entstigmatisierung, Entkatastrophisierung
- emotionale Entlastung mit Ansprechen von Schuld- und Versagensgefühlen
- Ressourcenaktivierung

- Einleitung weiterführender Therapie und Hilfsangebote (u.a. ambulante, teil- und stationäre Psychotherapie, teilstationäre Mutter-Kind-Behandlung), Psychopharmakotherapie, Beratungsstellen [Paarberatung, Elternkurse], verlängerte Hebammenhilfe, Familienhebammen, sozialpädagogische Familienhilfe, Haushaltshilfe, Mutter-Kind-Einrichtungen)
- Erkennen von Gefahrensituationen (Suizid, Vermeidungsverhalten, Kindeswohlgefährdung) und entsprechendes Vorgehen.

## 7 ZUSAMMENFASSUNG

### **Evaluation der Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei"**

**Theoretischer Hintergrund:** Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit sind mit 10-15% häufig und erhalten aufgrund ihrer weitreichenden negativen Konsequenzen für den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt, die Mutter-Kind-Bindung und die kindliche Entwicklung eine besondere Bedeutung bei der Behandlung (Alder et al., 2007, Reck, 2012). Obwohl das Wissen um die negativen Auswirkungen mittlerweile gut belegt ist und sich daraus die Notwendigkeit einer spezialisierten und vor allem kurzfristigen Behandlung ergibt, bestehen dennoch verschiedene Grenzen und Problemfelder in der Versorgungslandschaft. Hierzu zählen ein objektiver Mangel an Behandlungsangeboten mit schnellem Zugang, vor allem in ländlichen Gebieten (Köllner, 2012), Unsicherheiten hinsichtlich psychotherapeutischer und/oder psychopharmakologischer Optionen bzw. des Settings (Mitnahme des Neugeborenen in die Therapie; Mutter-Kind-Therapie; Weidner et al., 2012) und eine geringe Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Frauen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, was am ehesten mit Stigmatisierungsangst oder Angst vor Nebenwirkungen bzw. Wissen um Versorgungsengpässe sowie Organisationsprobleme begründet werden kann (Freed et al., 2012). Um dem Versorgungsdefizit zu begegnen, wurde in Dresden eine sektorenübergreifende multiprofessionelle Behandlung für betroffene Frauen etabliert. Ein bedeutsamer Teil dieses Behandlungsangebotes leistet die Spezialsprechstunde "Psychisch gesund für Zwei" an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Dresden.

In der vorliegenden Dissertationsschrift wurde dieses spezialisierte Sprechstundenangebot evaluiert mit den Zielen, den Status quo darzulegen und Schwachstellen oder Versorgungslücken zu identifizieren, den objektiven Versorgungsbedarf und die Behandlungsinanspruchnahme gegenüberzustellen, Einflussfaktoren speziell für die Inanspruchnahme von Psychotherapie zu analysieren und die Psychopathologie im Verlauf in Abhängigkeit der Therapieinanspruchnahme zu beschreiben.

**Fragestellungen:** Die Fragestellungen lauteten: (1) Wie sind die Frauen charakterisiert, die in die Sprechstunde kommen? (2) Wie wird die Spezialsprechstunde bewertet, wie ist der Zuweisungsmodus, die Wartezeit auf einen Ersttermin, wie viele Termine werden in Anspruch genommen und wie zufrieden sind die Patientinnen mit den Behandlungsempfehlungen sowie der Unterstützung bei der Weitervermittlung? (3) Wie häufig werden welche Behandlungs- und Unterstützungsangebote empfohlen und wie häufig werden diese im Zeitraum von t0 bis sechs Monate nach dem Erstgespräch umgesetzt? (4)

Was sind Einflussfaktoren auf die Psychotherapieinanspruchnahme und (5) wie ist der Verlauf des psychischen Befindens in Abhängigkeit der Psychotherapieinanspruchnahme?

**Methoden:** Es handelte sich um eine Versorgungsstichprobe mit zwei Messzeitpunkten. N=147 Frauen (49 schwanger, 98 postpartal; Alter: 29,9 Jahre, SD=5,3, 18-45 Jahre) wurden bei Erstvorstellung in der Spezialsprechstunde (t0) und sechs Monate später (t1) untersucht. Zu t0 wurden Informationen zu soziodemografischen, schwangerschafts- und geburtsspezifischen Merkmalen, zur Psychopathologie mittels SKID-I, BSI, EPDS und GAF-Skala, zu Persönlichkeitsstilen mittels PSSI, zur sozialen Unterstützung mittels F-SozU und zu Aspekten der Sprechstunde (Zuweisungsmodus, Zufriedenheit mit dem Sprechstundenangebot, Beziehungserleben im Erstkontakt) mittels selbstentwickeltem Fragebogen erfasst. Zu t1 wurden die Zufriedenheit mit den Behandlungsempfehlungen und der Weitervermittlung sowie die aktive Unterstützung durch den Therapeuten mittels selbstentwickeltem Fragebogen erhoben. Probandinnen, denen zu t0 eine Psychotherapie empfohlen worden war, wurden zu t1 zur Psychotherapie-Inanspruchnahme befragt. Zu t1 umfasste die Stichprobe 102 Frauen, was einer Teilnehmerquote von 69.4% entspricht.

**Ergebnisse:** Frauen, die die Sprechstunde aufsuchten, verfügten über ein gutes Bildungsniveau, lebten überwiegend in einer festen Partnerschaft bzw. waren verheiratet und zwei Drittel der Probandinnen waren Erstgebärende. Frauen, die sich während der Schwangerschaft vorstellten, gaben häufiger eine ungeplante und ungewollte Schwangerschaft im Vergleich zu Frauen, die sich postpartal vorstellten an. Am häufigsten wurden die Kriterien für Angst- und depressive Störungen, gefolgt von Anpassungsstörungen erfüllt. Fast 75% berichteten psychische Störungen in der Vorgeschichte und zwei Drittel der Frauen gaben Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen an. Die Bewertung der Sprechstunde durch die Patientinnen fiel sehr zufriedenstellend aus, bei kurzen Wartezeiten von durchschnittlich zwei Wochen und durchschnittlich 2-3 Therapeutenkontakten. Hauptzuweiser waren Frauenärzte, Hebammen und Psychotherapeuten. Hinsichtlich der erhaltenen Empfehlungen und Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Weiterbehandlung bestand ebenfalls eine hohe Zufriedenheit. Von 102 Frauen erhielten 88 Frauen (86.3%) eine Psychotherapie-Empfehlung. 78.4% setzten die Empfehlung um. (Tendenziell) signifikante Einflussfaktoren auf die Therapieinanspruchnahme waren: psychische Komorbidität, psychische Störungen in der Vorgeschichte, geringes globales Funktionsniveau, ausgeprägte Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit, zurückhaltend-selbstunsicher-fürsorglicher Persönlichkeitsstil, positives Beziehungserleben im Erstgespräch und eine direkte Therapieanbahnung durch den Sprechstundentherapeuten. Die Psychopathologie verbesserte sich im Verlauf von sechs Monaten sowohl bei Frauen,



mit und ohne Psychotherapie-Inanspruchnahme. Auch wenn kein statistisch signifikanter Interaktionseffekt für die Inanspruchnahme von Psychotherapie nachgewiesen werden konnte, wiesen die deskriptiven Daten dennoch auf eine allgemein stärker ausgeprägte psychische Belastung und höhere Krankheitsschwere zu t0 bei den Frauen mit Psychotherapieinanspruchnahme hin.

**Schlussfolgerungen:** Die Spezialsprechstunde wird von Frauen mit peripartalen psychischen Belastungen gut angenommen und gibt innerhalb von wenigen Stunden die Möglichkeit für eine auf das jeweilige Anliegen angepassten Diagnostik, Problemanalyse, Krisenintervention, Kurzzeittherapie, Psychopharmakotherapie bzw. Vermittlung in weiterführende ambulante oder stationäre Psychotherapieangebote. Erstgebärende, Frauen mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und Frauen mit psychischen Störungen in der Vorgeschichte sollten über peripartale psychische Beschwerden, deren Behandelbarkeit und über verfügbare Versorgungsstrukturen im Rahmen der Geburtsvorbereitung und Nachsorge aufgeklärt werden. Ein Großteil der Patientinnen konnte in eine für sie geeignete Therapieform vermittelt werden, was für eine gute Netzwerkarbeit spricht. Dabei ließ sich die Psychotherapie-Inanspruchnahme durch konkrete Hilfestellung bei der Therapievermittlung durch den Sprechstundentherapeuten und einem positiven Beziehungserleben im Erstgespräch positiv beeinflussen. Die Ergebnisse zur Psychotherapieinanspruchnahme weisen auf eine Selbstselektion der Patientinnen hin: Frauen mit einer stärker ausgeprägten Psychopathologie konnten für die Inanspruchnahme von Psychotherapie motiviert werden; weniger stark psychisch belastete Frauen erfuhren durch die Kurzintervention innerhalb der Sprechstunde Stabilisierung und Entlastung. Patientinnen mit einem eher selbstsicheren Persönlichkeitsstil, einem guten globalen Funktionsniveau, einer geringen psychischen Komorbidität und ohne psychische Vorbelastung sollten frühzeitig herausgefiltert und für eine Kurzzeitpsychotherapie motiviert werden. Die Sprechstunde übernimmt als "Weichensteller" eine wichtige Funktion im Versorgungsnetz und leistet einen Beitrag zur Prävention von Mutter-Kind-Beziehungsstörungen und potentiell nachfolgenden Verhaltens- und emotionalen Problemen des heranwachsenden Kleinkindes. Die Verfügbarkeit dieses professionellen Hilfsangebotes hilft den potentiellen Zuweisern im Umgang mit ihren eigenen Unsicherheiten bzgl. der Behandlung und fördert somit in gewisser Weise erst das „Hinsehen“ und damit die adäquate Versorgung von Mutter und Kind.

**SUMMARY****Evaluation of the special consultation "Psychisch gesund für Zwei"**

**Background:** Mental disorders during pregnancy and postpartum period have a high prevalence of 10 to 15%. Their treatment is of particular importance with respect to their far-reaching negative consequences for pregnancy, birth, mother-child-relationship, and child development (Alder et al., 2007, Reck, 2015). Although the knowledge about these negative consequences is well documented which results in the necessity of a specialized urgent care, different limits and problem areas can be identified within the care landscape. Firstly, there exists an objective lack of therapeutic services with fast access, particularly in rural areas (Köllner, 2012). Secondly, uncertainties on the side of the therapist concerning the psychotherapeutic and/or psychopharmacological treatments and the treatment setting (bringing the newborn to therapy, mother-child-treatment, Weidner et al., 2012) can be identified. Finally, women in pregnancy and postpartum period hardly seek professional help, which can be explained through fears of stigmatization or of possible side effects, knowledge about supply deficits in psychological health care, and problems with treatment organization (Freed et al., 2012). To overcome these deficits, a cross-sector multidisciplinary treatment for women with perinatal mental disorders was established in Dresden. A significant part of this treatment service is the special consultation hour called "Psychisch gesund für Zwei", offered by the Department of Psychotherapy and Psychosomatics at University Hospital Dresden. In the present work the special consultation was evaluated in order to show the status quo, identify supply gaps, compare objective treatment needs and treatment utilization, analyze influencing factors for psychotherapy use, as well as to analyze the psychopathology over time in relation to psychotherapy use.

**Objectives:** The research questions included: (1) How are the women visiting the special consultation hour characterized? (2) The general evaluation of the consultation service: How is the assignment mode? How long do patients have to wait for their first contact? How many consultations are attended and how satisfied are the patients with the recommended treatments and the offered support concerning re-assignments? (3) What kind of treatment was how often recommended and utilized by the women within a period of six months? (4) Which factors influence the utilization of psychotherapy? (5) How does the mental condition change in the course of psychotherapy utilization?

**Methods:** This research is based on a supply sample with two measurement time points: N=147 women (49 pregnant, 98 postpartal; mean age  $29.9 \pm 5.3$  years SD; aged from 18 to

45 years) were interviewed at their first contact (t0) and 6 months later (t1). At t0, socio-demographic data, information concerning pregnancy and birth, psychopathology by SKID-I, BSI, EPDS and GAF-scale, style of personality by PSSI, social support by F-SozU, and evaluations of the special consultation hours (assignment mode, satisfaction with the special consultation, therapeutic relationship) were assessed with the help of a self-designed questionnaires. At t1, the degrees of satisfaction with treatment recommendations, transfer to an appropriate form of treatment and active support in seeking recommended treatment were also assessed by self-designed questionnaires. Women, to whom the utilization of psychotherapy had been recommended at t0, were interviewed regarding their psychotherapy utilization at t1. At t1, the sample size was 102 women which corresponds to a participation rate of 69,4%.

**Results:** Women who attended the special consultation hours had a high level of education and were living together with a partner or were married. Two thirds of them were primiparae. Woman who joined the consultation service already during pregnancy were more likely to have an unplanned and unwanted pregnancy than women who were participating postpartum. Most frequently, anxiety and depressive disorders were diagnosed, followed by adjustment disorders. Almost 75% of women reported mental disorders in their personal medical history and 60% indicated pregnancy or birth complications. There was a high level of satisfaction with the consultation at short waiting periods and an average of 2-3 therapeutic contacts. Main assigning healthcare professionals were gynecologists, midwives and psychotherapists. Altogether, patients were content with treatment recommendations and the support for acquiring further treatment possibilities. Out of 102 women, 88 women (86,3%) were recommended a psychotherapy. If recommended, psychotherapy was utilized in 78,4% of cases. Significant factors influencing the utilization of treatment were the comorbidity of mental disorders, mental disorders in personal medical history, low levels of global functioning, distinct compulsiveness and anxiety, restrained-avoidant-considerate personality traits, a positive therapeutic relationship at initial consultation and active support in seeking recommended psychotherapy. Psychopathology improved in the course of 6 months for both, women who utilized psychotherapy, as well as for those without psychotherapy. Although no statistically significant interaction effect for the utilization of psychotherapy could be proven, the descriptive data indicated a stronger severity of disease at t0 for women who utilized psychotherapy.

**Conclusions:** The opportunity to attend the special consultation was received very well by women suffering from peripartal mental disorders. The consultations offered short-range adequate diagnosis, problem analysis, crisis intervention, short-term treatment,

psychopharmacological therapy or the transferal to ambulatory and hospital psychotherapy. Primiparae, women with pregnancy or birth complications, and women with mental disorders in their medical history should be informed about peripartal mental symptoms, their treatability and available mental health services in the context of birth preparation and postnatal care. The majority of patients could be transferred successfully to an appropriate form of treatment, which indicates efficient networking activities among health professionals. The active support by healthcare professionals in seeking psychotherapy had a positive impact on the factual utilization of recommended psychotherapeutic treatments. With regard to the utilization of psychotherapy, the results suggest a self-selection of the patients: Women with increased severity of mental disorders could successfully be motivated to seek psychotherapy; less severe mentally strained women profited from short-term intervention within the consultation through stabilization and relief of strain. Patients with a confident personality, sufficient global level of functioning, slight mental comorbidity and without prior mental charge should be selected early and then motivated to seek short-term psychotherapy. The special consultation hours play an important role in the treatment of peripartal mental disorders and make an important contribution to prevent mother-child attachment disorders and potential behavioral and emotional problems of the growing child. The availability of this professional offer helps potentially re-assigning healthcare professionals to deal with their own uncertainties regarding adequate treatment and encourages them to pay closer attention to this topic, which eventually results in an adequate treatment for mother and child.

## 8 ERKLÄRUNGEN

### Erklärungen zur Eröffnung des Promotionsverfahrens:

1. Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.
2. Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten: Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner (Doktormutter und Projektleiterin) und Dr. rer. nat. Antje Bittner (Betreuerin).
3. Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines kommerziellen Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.
4. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.
5. Die Inhalte dieser Dissertation wurden in folgender Form veröffentlicht:
  - Publikation in der Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2017 (Jg.63, S. 176-188)
  - Zwischenbericht Modellprojekt "Psychisch gesund für Zwei" 2011 und Abschlussbericht Modellprojekt "Psychisch gesund für Zwei" 2013
  - Poster und Vorträge auf den Kongressen und Fachtagungen: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) 2017; Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DKPM) 2013 in Heidelberg und 2012 in Berlin; VI. Symposium der Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. 2012 in Wiesloch; Fachtag „Kinderschutz konkret- Bindungsförderung im medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Bereich“ 2012 in Dresden; Kinderschutzkongress 2012 in Dresden.
6. Ich bestätige, dass es keine zurückliegenden erfolglosen Promotionsverfahren gab.
7. Ich bestätige, dass ich die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden anerkenne.
8. Ich habe die Zitierrichtlinien für Dissertationen an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden zur Kenntnis genommen und befolgt.

9. Ich bin mit den "Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens und für den Umgang mit Verstößen" der Technischen Universität Dresden einverstanden.

Dresden,

Unterschrift des Doktoranden

**Erklärung über die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen:**

Hiermit bestätige ich die Einhaltung der folgenden aktuellen gesetzlichen Vorgaben im Rahmen meiner Dissertation:

☒ das zustimmende Votum der Ethikkommission bei Klinischen Studien, epidemiologischen Untersuchungen mit Personenbezug oder Sachverhalten, die das Medizinproduktegesetz betreffen

Aktenzeichen der zuständigen Ethikkommission: EK 332122008

entfällt: die Einhaltung der Bestimmungen des Tierschutzgesetzes

entfällt: die Einhaltung des Gentechnikgesetzes

☒ die Einhaltung von Datenschutzbestimmungen der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus.

Dresden,

Unterschrift des Doktoranden

## 9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abel KM, Kulkarni J. 2006. Depression in women: Hormonal influences. In: Castle DJ, Kulkarni J, Abel KM (Eds) Mood and anxiety disorders in women. University Press, Cambridge, p. 116-135.
- Alder J, Fink N, Bitzer J, Hosli I, Holzgreve W. 2007. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 20:189-209.
- Alder J, Urech C. 2012. Angststörungen in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rösler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 11-16.
- Alvidrez J, Azocar F. 1999. Distressed women's clinic patients: Preferences for mental health treatments and perceived obstacles. *Gen Hosp Psychiatry* 21:340-347.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. 2003. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A populations-based study. *Am J Obstet Gynecol* 189:148-154.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. 2004a. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Am J Obstet Gynecol* 104:467-476.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. 2004b. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: A population-based study. *Am J Epidemiol* 159:872-881.
- Austin M-P. 2004. Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: Where to from here? *Arch Womens Ment Health* 7:1-6.
- Banhidy F, Acs N, Puho E, Czeizel AE. 2006. Association between maternal panic disorders and pregnancy complications and delivery outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 124:47-52.
- Barker DJ, Osmond C, Rodin I, Fall CH, Winter PD. 1995. Low weight gain in infancy and suicide in adult. *BMJ* 311:1203.



- Beck CT. 2001. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 50:275-285.
- Beesdo K, Wittchen H-U. 2006. Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, S. 731-762.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. 2004. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol* 103:698-709.
- Bennett IM, Palmer S, Marcus S, Nicholson JM, Hantsoo L, Bellamy S, Rinaldi J, Coyne JC. 2009. "One end has nothing to do with the other:" Patient attitudes regarding help seeking intention for depression in gynecologic and obstetric settings. *Arch Womens Ment Health* 12:301-308.
- Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. 1998. Deutschsprachige Fassung und Validierung der "Edinburgh postnatal depression scale". *Dtsch Med Wochenschr* 123:35-40.
- Berle JO, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. 2005. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy *Arch Womens Ment Health* 8:181-189.
- Bittner A, Junge-Hoffmeister J, Weidner K. 2014a. Postpartale psychische Störungen: Besonderheiten und Therapie. In: Bitzer J, Hoefert H-W (Hrsg) *Psychologie in der Gynäkologie*. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 116-132.
- Bittner A, Peukert J, Zimmermann C, Junge-Hoffmeister J, Parker LS, Stöbel-Richter Y, Weidner K. 2014b. Early Intervention in Pregnant Women With Elevated Anxiety and Depressive Symptoms: Efficacy of a Cognitive-Behavioral Group Program. *J Perinat Neonatal Nurs* 28:185-195.
- Boath E, Bradley E, Henshaw C. 2004. Women's view of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 25:221-236.
- Bortz J, Döring N. 1995. *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. 2. Aufl. Springer, Berlin.

- Brähler C, Brähler E. 1986. Der Einfluss von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme - eine katamnestische Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview. *Z Psychosom Med Psychother* 32:140-160.
- Brechwoldt M, Kaufmann M, Pfeleiderer, A. 2008. Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Brockington I. 2004. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 363:303-310.
- Bühl A, Zöfel P. 2005. SPSS Version 12: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 9. Aufl. Pearson Studium, München.
- Burger J, McCue Howitz S, Forsyth BWC, Leventhal JM, Leaf PJ. 1993. Psychological Sequelae of Medical Complications During Pregnancy. *Pediatrics* 91:566-571.
- Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. 2002. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in indian woman with severe postpartum psychoatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 190:457-461.
- Chung YB, Lau TK, Yip ASK, Chiu HFK, Lee DTS. 2001. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 63:830-834.
- Connell AM, Goodman SH. 2002 The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychol Bull* 128:746-773.
- Cook CAL, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. 2004. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol* 103:710-717.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150:782-786.
- Cube T. 1983. Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Z Psychosom Med Psychother* 29:49-75.

- Dennis C-L, Chung-Lee L. 2006. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth* 33:323-331.
- Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachmann DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. 2007. Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 164:1515-1520.
- Dilling H, Freyberger HJ. 2006. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10. 4. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern.
- Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. 2011. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: A systematic review. *Arch Womens Ment Health* 14:89-98.
- Dunkel D, Antretter E, Fröhlich-Walser S, Haring C. 2005. Evaluation der Kurzform des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung (SOZU-K-22) in klinischen und nichtklinischen Stichproben. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55:266-277.
- Dunkel Schetter C, Tanner L. 2012. Anxiety, depression and stress during pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry* 25:141-148.
- Ehlert U. 2004. Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. *Psychotherapeut* 49:367-376.
- Ehlert U, Sieber S, Hebisch G. 2003. Psychobiologische Faktoren von Schwangerschaft und Geburt. *Gynäkologe* 36:1052-1057.
- Engler B. 2013. Evaluation des Dresdner Netzwerkes Schwangerschaft und Wochenbett. Technische Universität, Medizinische Fakultät Dresden, Dissertation.
- Erickson K, Thorsen P, Chrousos G, Grigoriadis DE, Khongsaly O, McGregor J, Schulkin J. 2001. Preterm birth: Associated neuroendocrine, medical, and behavioral risk factors. *J Clin Endocrinol Metab* 86:2544-2552.
- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323:257-260.

- Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N. 2007. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: Longitudinal study. *Br J Psychiatry* 191:84-85.
- Field T. 1995. Infants of depressed mothers. *Infant Behav Dev* 18:1-13.
- Field T. 1998. Maternal depression effects on infants and early interventions. *Prev Med* 27:200-203.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. 2006. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* 29:445-455.
- Field T, Sandberg D, Quetel TA, Garcia R, Rosario M. 1985. Effects of ultrasound feedback on pregnancy anxiety, fetal activity, and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 66:525-528.
- Fischer-Kern M, Slunecko T, Leithner K, Löffler-Stastka H, Ponocny-Seliger E. 2006. Prädiktoren für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie. *Nervenarzt* 77:309-317.
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. 2006. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics* 118:107-114.
- Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. 2007. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 19:585-602.
- Franke GH. 2000. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Beltz, Göttingen.
- Fransson E, Örténstrand A, Hjelmstedt A. 2011. Antenatal depressive symptoms and preterm birth: A prospective study of a swedish national sample. *Birth* 38:10-16.
- Franz M, Kuns M, Schmitz N. 1999. Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz. Eine katamnestische Untersuchung. *Z Psychosom Med Psychother* 45:95-112.

- Freed RD, Chan PT, Dingman Boger K, Tompson MC. 2012. Enhancing maternal depression recognition in health care settings: A review of strategies to improve detection, reduce barriers, and reach mothers in need. *Fam Syst Health* 30:1-18.
- Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, Keck PE. 2002. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry* 63:284-287.
- Frisch U, Riecher-Rössler A. 2012. Depressionen in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Basel, S. 3-10
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E. 2007. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Manual. Hogrefe, Göttingen.
- Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E. 2009. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Z Med Psychol* 18:43-48.
- Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. 2014. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 215:341-346.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. 2005. Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106:1071-1083.
- Gawlik S, Reck C, Kuelkens S, Waldeier L, Sohn C, Schlehe B, Maul H. 2010. Präpartale Depression und Angst - Was ist relevant für den Geburtshelfer? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 70:361-368.
- Geisheim C, Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schröder B, von Witzleben I. 2002. Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica* 48:28-36.
- Gerstner I. 2016. Der Einfluss von Gewalterfahrungen auf die Wahl der Geburtsstätte. Technische Universität, Medizinische Fakultät Dresden, Dissertation.
- Gloger-Tippelt G. 1988. Schwangerschaft und erste Geburt. Kohlhammer, Stuttgart.

- Göllner R, Ringler M, Jandi-Jäger E. 1983. Überweisungsstrategien nach Indikationsstellung zur ambulanten Psychotherapie. In: Enke H, Tschuschke V, Volk W (Hrsg) Psychotherapeutisches Handeln. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse der Forschung. Kohlhammer, Stuttgart, S.131-142.
- Goodman JH. 2009. Women's Attitudes, Preferences, and Perceived Barriers to Treatment for Perinatal Depression. *Birth* 36:60-69.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. 2011. Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14:1-27.
- Grigoriadis S, Meschino DD, Barrons E, Bradley L, Eady A, Fishell A, Mamisachvili L, Cook GS, O'Keefe M, Romans S, Ross LE. 2011. Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Arch Womens Ment Health* 14:325-333.
- Halbreich U. 2005. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions- The need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol* 193:1312-1322.
- Hatton DC, Harrison-Hohner J, Matarazzo J, Edwards P, Lewy A, Davis L. 2007. Missed antenatal depression among high risk women: A secondary analysis. *Arch Womens Ment Health* 10:121 - 123.
- Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. 2012. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attach Hum Dev* 15:133-153.
- Henshaw C. 2003. Mood disturbance in the early puerperium: A review. *Arch Womens Ment Health* 6:33-42.
- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. 2004. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 80:65-73.
- Hoegdall CK, Vestermark V, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. 1991. The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. *J Perinat Med* 19: 251-257.

- Hornstein C, Hohm E, Keppler S, Trautmann-Villalba P, Wild E, Schulz R. 2009a. Prävention postpartaler psychischer Störungen beginnt in der Schwangerschaft! Multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter und deren Kinder nach der Geburt: "Perinatales Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis". J Neurol Neurochir Psychiatr 10:48-52.
- Hornstein C, Hohm E, Trautmann-Villalba. 2009b. Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? Forens Psychiatr Psychol Kriminol 3:3-10.
- Hornstein C, Wild E, Baranski N, Trautmann-Villalba P, Keppler S. 2012. Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis – ein multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter. In: Riecher-Rösler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 133-140.
- Horvath AO. 2011. Alliance in common factor land: a view through the research lens. RIPPPPO 14: 121–135.
- Huang ZHJ, Wong FY, Ronzio ZR, Yu SM. 2007. Depressive symptomatology and mental health help-seeking patterns of US- and foreign-born mothers. Matern Child Health J 11:257-267.
- Huber D, Brandl T, Henrich G, von Rad M. 2003. Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. Z Klin Psychol Psychother 32:85-93.
- Huber D, Henrich G, von Rad M. 2000. Über den Nutzen von Beratungsgesprächen einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Psychother Psychosom Med Psychol 50:147-156.
- Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. 2012. Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. Dtsch Arztebl 109:419-424.
- Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. 2003. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. J Psychol Psychiatr 44:810-818.

- Huttunen MO. 1889. Maternal stress during pregnancy and the behaviour of the offspring. In: Doxiadis S (Ed) Early Influences Shaping the Individual. Plenum Press, New York, p. 175-182.
- Janssen J, Laatz W. 2005. Mittelwertvergleiche und t-Tests. Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 5. Aufl. Springer, Berlin.
- Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox JL. 2000. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. J Psychosom Obstet Gynaecol 21:93-97.
- Jones I, Cantwell R. 2010. The classification of perinatal mood disorders - suggestions for DSMV and ICD11. Arch Womens Ment Health 13:33-36.
- Jones NA, Field T, Fox NA, Lundy B, Davalos M. 1997. EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers. Dev Psychopathol 9:491-505.
- Joraschky P, Petrowski K. 2006. Bindungstheorie. In: Janssen PL, Joraschky P, Tress W (Hrsg) Leitfaden psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 68-74.
- Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Weber C, Sasse J, Stöbel-Richter Y, Weidner K. 2010. Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, Teil I. Ärztliche Psychother 5:141-148.
- Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Weidner K. 2011. Frühintervention bei Schwangeren zur Prävention perinataler Störungen. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 128-132.
- Junge-Hoffmeister J, Gerstner I, Bittner A, Weidner K. 2016. Associations of maternal childhood traumatic experiences with planned place of birth and birth experience – a prospective investigation prior to and after childbirth. Vortrag auf der 18. Conference der International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 12.-14.5.2016, Malaga, Spain.
- Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Bittner A. 2012. Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft. In: Weidner K, Rauchfuß M, Neises M (Hrsg) Leitfaden psychosomatischer Frauenheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S 291-305.



- Kapfhammer H-P. 2005. Psychische Störungen im Wochenbett. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S. 1542-1558.
- Kelly RH, Zatzick DF, Anders TF. 2001. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry* 158:213-219.
- Kingston D, Tough S, Whitfield H. 2012. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 43:683-714.
- Köllner V. 2012. Zum Thema: Versorgungsmodelle – das Ganze sollte mehr sein als die Summe der Teile. *Ärztliche Psychother* 7:137-138.
- Kuhl J, Kazén M. 2009. Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Hogrefe, Göttingen.
- Kurki T, Hillesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. 2000. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 95:487-490.
- Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. 2010. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 202:5-14.
- Lanczik MH, Brockington IF. 1997. Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. *Dtsch Arztebl* 94:3104-3108.
- Leigh B, Milgrom J. 2008. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 8:1. DOI: 10.1186/1471-244X-8-24.
- Leight KL, Fitelson EM, Weston CA, Wisner KL. 2010. Childbirth and mental disorders. *Int Rev Psychiatry* 22:453-471.
- Lundy BL, Jones NA, Field T, Nearing G, Davalos M, Pietro PA, Schanberg S, Kuhn C. 1999. Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behav Dev* 22:119-129.

- Manber R, Blasey C, Allen JJB. 2008. Depression symptoms during pregnancy. Arch Womens Ment Health 11: 43-48.
- Margraf J, Schneiders S. 2006. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Handbuch, Interviewleitfaden, Protokollbogen. 3. Aufl. Springer, Heidelberg.
- Martini J, Einbock K, Wintermann G-B, Klotsche J, Junge-Hoffmeister J, Hoyer J. 2009. Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit: Ein Screeninginstrument für die Schwangerschaft und das Wochenbett. Klin Diagn Eval 2:288-309.
- Martini J, Knappe S, Beesdo-Baum K, Lieb R, Wittchen H-U. 2010. Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. Early Hum Dev 86:305-310.
- Martini J, Weidner K, Hoyer J. 2008. Angststörungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt: Diagnostik und Behandlung. J Psychosom Konsiliarpsychiatr 2:207-215.
- Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. 2007. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among US women during the first 2 years postpartum. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 36:542-549.
- McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Lester BM. 2011. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. Arch Womens Ment Health 14:425-434.
- McCarthy M, McMahon C. 2008. Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. Health Care Women Int 29:618-637.
- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. 2009. Postpartum depression and help-seeking behavior. J Midwifery Womens Health 54:50-56.
- McIntosh J. 1993. Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. J Adv Nurs 18:178-184.
- Melender H-L. 2002. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. Birth 29:101-111.

- Möller HJ, Lauter H. 1986. Der psychiatrische Liasondienst. Neue Gesichtspunkte bei der stationären und poststationären Versorgung nach Suizidversuch In: Helmchen H, Hippus H (Hrsg) Psychiatrie für die Praxis. 3. Aufl. Medizin Verlag, München, S. 116-123.
- Monk C. 2001. Stress and mood disorders during pregnancy: Implications for child development. *Psychiatr Q* 72:347-357.
- Muller-Nixa C, Forcada-Guexb M, Pierrehumberta B, Jauninb L, Borghinia A, Ansermeta F. 2004. Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early Hum Dev* 79:145-158.
- Munk-Olsen T, Munk Laursen T, Bocker Pedersen C, Mors O, Bo Mortenden P. 2006. New parents and mental disorders: A population based registry study. *JAMA* 296:2582-2589.
- Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. 2003. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *Br J Psychiatry* 182:420-427.
- Nadeem E, Lange JM, Miranda J. 2009. Perceived need for care among low-income immigrant and US-born black and Latina women with depression. *J Womens Health* 18:369-375.
- Nagel-Brotzler A, Brönnner J, Hornstein C, Albani C. 2005. Peripartale psychische Störungen - Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. *Z Geburtshilfe Neonatol* 209:51-58.
- Nicol-Harper R, Harvey AG, Stein A. 2007. Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety *Infant Behav Dev* 30:161-167.
- Norcross JC, Wampold BE. 2011. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 48: 98–102.
- O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. 2002. Maternal antenatal anxiety and children`s behavioural/emotional problems at 4 years. *Br J Psychiatry* 180:502-508.

- O'Hara MW, Swain AM. 1996. Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37-54.
- Pantlen A, Rohde A. 2001. Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindungen. *Zentralbl Gynakol* 123:42-47.
- Papoušek M, von Hofacker N. 2003. Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen. In: Reinhardt D (Hrsg) *Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. Urban & Fischer, München, S. 1-10.
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Olsson CA, Morley R. 2004. Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. *Br J Psychiatry* 184:446-447.
- Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. 2009. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Dis* 113:236-243.
- Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A. 2013. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period. Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*.
- Peikert G, Hoyer J, Mrazek A, Rosendahl W, Hannich HJ, Jacobi F. 2011. Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal* 1: 43–50.
- Rauchfuß M. 2002. Bio-psycho-soziale Prädiktoren der Frühgeburtlichkeit und Differentialdiagnose zur intrauterinen fetalen Retardierung – Ergebnisse einer prospektiven Studie: Charité der Humboldt-Universität, Medizinischen Fakultät Berlin, Habilitation.
- Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. 1993. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *Br Med J (Clin Res Ed)* 307:600-604.
- Reck C. 2008. Depressionen und Angststörungen im Peripartalzeitraum, Epidemiologie, Mutter-Kind-Beziehung und Behandlungskonzept. *Nervenheilkunde* 6:499-505.

- Reck C. 2012. Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 61-68.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. 2009. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. J Affect Dis 113:77-87.
- Reck C, Struben K, Steffenelli U, Backenstrass M, Reinig K, Sohn C, Mundt C. 2008. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum depressive and anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 118:459-468.
- Reinecker H. 2006. Zwangsstörungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Berlin, S. 841-854.
- Reulbach U, Bleich S, Knön J, Burger P, Fasching PA, Komhuber J, Beckmann MW, Goecke TW. 2009. Prä-, peri- und postpartale Depressivität. Fortschr Neurol Psychiatr 77:708-713.
- Rey E-R. 2006. Psychotische Störungen und Schizophrenie. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer, Berlin, S. 675-730.
- Richter J, Bittner A, Eisenhardt U, Lehmann C, Weidner K. 2010. Frühintervention bei Stress, Angst, depressiven Beschwerden in der Schwangerschaft: Wirksamkeitsnachweis mittels Cortisolmessung im Tagesverlauf. In: Maier B, Braun C, Schuster D, Wenger A, Rauchfuß M (Hrsg) Ver-bindung -Bindung, Trennung und Verlust in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Beiträge der 1. Drei-Länder-Tagung der DGPFGe. V., ÖGPGG und SAPGG 2009 Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, S 181-186.
- Richter J, Bittner A, Petrowski K, Junge-Hoffmeister J, Bergmann S, Joraschky P, Weidner K. 2012. Effects of an early intervention on perceived stress and diurnal cortisol in pregnant women with elevated stress, anxiety, and depressive symptomatology. J Psychosom Obstet Gynaecol 33:162-170.
- Riecher-Rösler A. 2005. Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung - Blues, Depression, Psychose. In: Riecher-Rösler A, Bitzer J (Hrsg) Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Urban & Fischer, München, S. 375-387.

- Riecher-Rössler A. 1997. Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 65:97-107.
- Riecher-Rössler A. 2012. Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Basel, S. 52-60.
- Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. 2003a. Die Depression in der Postpartalzeit: Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 154:106-115.
- Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. 2003b. Postpartum depression: Do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiat Scand* 108:51-56.
- Rohde A. 2014. *Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Rohde A. 2001. Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Gynakologe* 34:315-323.
- Rohde A. 2004. *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Rohde A, Dorn A. 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch*. Schattauer, Stuttgart.
- Rondo PHC, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro MCN, Lobert H, Artes R. 2003. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 57:266-272.
- Ross LE, McLean LM. 2006. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 67:1285-1298.
- Rudolf M, Müller J. 2004. *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Hogrefe, Göttingen.
- Rumpold G, Janecke N, Smrekar U, Schüßler G, Doering S. 2004. Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Z Psychosom Med Psychother* 50:171-189.

- Salis B. 2007. Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst. Urban & Fischer, München.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. 2003. Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen.
- Sasse J, Pilhatsch M, Forsthoff A, Grunze H, Neutze J, Pfennig A, Schmitz B, Schwenkhagen A, Bauer M. 2009. Spezifische Behandlungsaspekte bipolar erkrankter Frauen. Nervenarzt 80:263-272.
- Schmücker, G, Buchheim, A. 2002. Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) Klinische Bindungsforschung - Theorien, Methoden, Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, S.173-190.
- Schneider G, Bursy D. 1994. Die therapeutische Weitervermittlung von Patienten/innen. Ergebnisse einer katamnestischen Nachuntersuchung. Z Psychosom Med Psychoanal 40:128-154.
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. 2009. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 259:298-306.
- Schweickhardt A, Leta R, Bauer J. 2005. Inanspruchnahme von Psychotherapie in Abhängigkeit von der Psychotherapiemotivation während der Indikationsstellung in einer Klinikambulanz. Psychother Psychosom Med Psychol 55:378-385.
- Seng JS, Oakley DJ, Sampsel CM, Killion C, Graham-Bermann S, Liberzon I. 2001. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. Obstet Gynecol 97:17-22.
- Søndergaard C, Olsen J, Friis-Hasche E, Dirdal M, Thrane N, Toft Sørensen H. 2003. Psychosocial distress during pregnancy and the risk of infantile colic: A follow-up study. Acta Paediatr 92:811-816.
- Standley K, Soule B, Copans SA. 1979. Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 135:22-51.

- Strauß B, Speidel H, Seifert A, Probst P. 1991. Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz II. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41:53-60.
- Thiel-Bonney C, Cierpka M. 2004. Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 53:601-622.
- Thompson C, Sydall H, Rodin I, Osmond C, Barker DJ. 2001. Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *Br J Psychiatry* 179:450-455.
- Tronick E, Reck C. 2009. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry* 17:147-156.
- Van den Bergh B, Marcoen A. 2004. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev* 75:1085-1097.
- Van den Bergh BRH. 1990. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *J Prenat Perinat Psychol Health* 5:119-130.
- Vesga-López O, Blanco C, Keyes C, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. 2008. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the united states. *Arch Gen Psychiatry* 65:805-815.
- von Ballestrem C-L, Strauß M, Kächele H. 2005. Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany - implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Health* 8: 29-35.
- von Ballestrem CL, Weigle C. 2012. Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei peripartalen psychischen Erkrankungen. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Basel, S. 111-115.
- Vythilingum B. 2010. Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD. *Arch Womens Ment Health* 13:49-50.



- Weidner K, Bittner A, Junge-Hoffmeister J. 2012a. Psychische Störungen in der Postpartalzeit. In: Weidner K, Rauchfuß M, Neises M (Hrsg) Leitfaden psychosomatischer Frauenheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 305-315.
- Weidner K, Bittner A, Junge-Hoffmeister J. 2015. Psychisch gesund für Zwei - Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Schwangerer und Mütter durch Netzwerkarbeit. In: Rohde A (Hrsg) Frauen-Leid und Frauen-Stärkung. Psychiatrie-Verlag, Köln, S. 369-381.
- Weidner K, Bittner A, Junge-Hoffmeister J, Zimmermann K, Siedentopf F, Richter J, Joraschky P, Gatzweiler A, Stöbel-Richter Y. 2010a. A psychosomatic intervention in pregnant in-patient women with prenatal somatic risks. J Psychosom Obstet Gynaecol 31:188-198.
- Weidner K, Bittner A, Weber C, Sasse J, Stöbel-Richter Y, Junge-Hoffmeister J. 2010b. Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit, Teil II Behandlungsansätze und Herausforderungen interdisziplinärer Versorgung. Ärztliche Psychother 5:149-155.
- Weidner K, Einsle F, Marx B, Stöbel-Richter Y, Neises M. 2006. Multiprofessionelle psychosomatische Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen. Psychodyn Psychother 5:204-212.
- Weidner K, Galle M, Bittner A, Sasse J, Dekoj M-C, Junge-Hoffmeister J. 2011. Zwischenbericht Modellprojekt „Psychisch Gesund Für ZWEI“ - Wissenschaftliche Begleitevaluation der spezialisierten Beratungs- und Behandlungsangebote für Frauen in Schwangerschaft und früher Mutterschaft des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden.
- Weidner K, Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Coenen A, Joraschky P, Galle M. 2012b. Mutter-Kind-Versorgung - Grundlagen und praktische Umsetzung. Ärztliche Psychother 7: 161-167.
- Weidner K, Petrowski K, Hellmann V. 2004. Die ambulante psychosomatische Betreuung von seelisch belasteten Schwangeren. Gynakol Prax 28:305-312.
- Weinberg MK, Tronick EZ. 1998. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. J Clin Psychiatry 59:53-61.

- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. 2005. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Dis* 19:295-311.
- Whaley SE, Pinto A, Sigman M. 1999. Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *J Consult Clin Psychol* 67: 826-836.
- Wiley CC, Burke GS, Gill PA, Law NE. 2004. Pediatricians' view of postpartum depression: A self-administered survey. *Arch Womens Ment Health* 7:231-236.
- Wisner KL, Logsdon MC, Shanahan BR. 2008. Web-based education for postpartum depression: Conceptual development and impact. *Arch Womens Ment Health* 11:377-385.
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. 1997. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I. Hogrefe, Göttingen.
- Woodruff-Borden J, Morrow C, Bourland S, Cambron S. 2002. The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *J Clin Child Adolesc Psychol* 31:364-374.
- Zar M, Wijma K, Wijma B. 2002. Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. *Clin Psychol Psychother* 9:122-130.
- Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. 1989. Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 160:1107-1111.

## 10 ABBILUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Teufelskreismodell: Depressives Rückzugsverhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion. Aus: Reck C. 2012. Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In: Riecher-Rössler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 62.....	20
Abbildung 2: Interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche und Professionen bei der Versorgung peripartaler psychischer Störungen. Aus: Weidner et al. 2012b. Mutter-Kind-Versorgung - Grundlagen und praktische Umsetzung. Ärztliche Psychother 7, S. 164.....	24
Abbildung 3: Studienablaufschemata und eingesetzte Erhebungsinstrumente in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe.....	37
Abbildung 4: Messzeitpunkte, Stichprobengrößen und Dropouts in beiden Stichproben.....	41
Abbildung 5: Häufigkeiten aktueller psychischer Störungen (nach ICD-10) bei schwangeren und postpartalen Frauen, die die Spezialsprechstunde aufsuchten in %, Mehrfachdiagnosen möglich.....	56
Abbildung 6: Zuweisender Fachbereich in die Sprechstunde in %, unterteilt für schwangere und postpartale Patientinnen.....	59
Abbildung 7: Anzahl der Konsultationstermine in der Sprechstunde in %, unterteilt für schwangere und postpartale Patientinnen.....	60
Abbildung 8: Verlauf der Depressivität (EPDS) in der Gruppe mit und ohne Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe.....	67
Abbildungen 9-18: Verlauf der Psychopathologie (BSI-Subskalen) in der Gruppe mit und ohne Inanspruchnahme von Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe.....	70

## 11 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Störungen in Schwangerschaft und Postpartalzeit unter Verwendung diagnostischer Interviews nach DSM-IV und ICD-10.....	7
Tabelle 2: Grundsymptome der Depression (zitiert nach Frisch U, Riecher-Rössler A. 2012. Depressionen in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rössler A [Hrsg] Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Basel, S. 4.) ergänzt um schwangerschafts- und geburtsspezifische Aspekte in eckigen Klammern.....	9
Tabelle 3: Compliance-Raten (Umsetzung der Empfehlungen in %) und Einflussfaktoren auf den Überweisungserfolg in eine Psychotherapie psychotherapeutisch-psychosomatisch arbeitender Ambulanzen (in Anlehnung an Rumpold et al., 2004). ....	32
Tabelle 4: Skala zur Beurteilung des globalen Funktionsniveaus (zitiert nach Saß et al., 2003).....	45
Tabelle 5: Soziodemografie.....	52
Tabelle 6: Schwangerschafts- und geburtsspezifische Merkmale in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe.....	53
Tabelle 7: Häufigkeiten von Schwangerschaftskomplikationen in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe (Mehrfachantworten möglich). ....	54
Tabelle 8: Häufigkeiten von Geburtskomplikationen in der Schwangeren- und Postpartal-Stichprobe (Mehrfachantworten möglich). ....	55
Tabelle 9: Komorbiditäten psychischer Störungen zum Erstgespräch und Lifetime. ....	57
Tabelle 10: Häufigkeiten klinisch auffälliger Werte auf der jeweiligen Dimension im Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI).....	57
Tabelle 11: Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Items im Evaluations-Fragebogen zur Beurteilung der Sprechstunde. Je geringer die Werte, desto besser die Bewertung.....	58
Tabelle 12: Unterstützung bei der Suche nach Weiterbehandlung und Zufriedenheit damit (Mehrfachantworten möglich). ....	61

Tabelle 13: Häufigkeiten der im Erstgespräch ausgesprochene Behandlungsempfehlungen für schwangere und postpartale Patientinnen, Mehrfachnennungen möglich. ....	62
Tabelle 14: Häufigkeiten der im Erstgespräch empfohlenen und innerhalb von 6 Monaten tatsächlich in Anspruch genommenen Behandlungen, Mehrfachnennungen möglich. ....	62
Tabelle 15: Häufigkeiten der im Erstgespräch empfohlenen Behandlungen bei Patientinnen ohne Behandlungs-Inanspruchnahme. ....	63
Tabelle 16: Signifikante Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie, Gesamt-Stichprobe. ....	64
Tabelle 17: Zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung für den Verlauf des psychischen Befindens in Abhängigkeit der Inanspruchnahme einer empfohlenen Psychotherapie in der Gesamt-Stichprobe. ....	66

## **12 ANHANG**

### **Anhang A**

A1: Studieninformation

A2: Einverständniserklärung

### **Anhang B**

B1: Aufnahmebogen

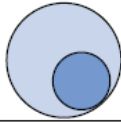
B2: Evaluationsbogen

B3: Verlaufsbogen

## Anhang A

### A1: Studieninformation

# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



Psychisch Gesund Für ZWEI

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

Dresden, den 01.03.2010



Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen  
Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 458-0

#### Studententitel:

### „Psychisch Gesund Für ZWEI“

Evaluation der Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft,  
Stillzeit und Mutterschaft

#### Aufklärung zur Studie

Sehr geehrte Teilnehmerin,

vielen Dank für Ihr Interesse zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung zur psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung von Patientinnen mit einer seelischen Erkrankung während der Schwangerschaft, Stillzeit oder früher Mutterschaft, welche durch die Kliniken für Psychotherapie und Psychosomatik sowie Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus, TU Dresden, Fetscherstr.74, 01307 Dresden initiiert wurde.

#### 1. Wissenschaftlicher Hintergrund

Psychische Störungen treten in Schwangerschaft, Stillzeit und früher Mutterschaft wie in anderen Lebensphasen sehr häufig auf. Stress, Angst und Depressivität in der Schwangerschaft haben negative Folgen für Mutter und Kind. Zahlreiche Studien konnten nachweisen, dass ein hohes Angst- und Stressniveau sowie Depressivität der Mutter während der Schwangerschaft mit einem erhöhten Risiko für spätere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen verbunden sind. Postpartale psychische Störungen sind wiederum für die Entwicklung einer sicheren und tragfähigen Mutter-Kind-Bindung ein ernstzunehmendes Hindernis. Bekannt ist, dass das Risiko für die Mutter, eine psychische Störung nach der Geburt zu entwickeln, höher ist, wenn psychische Probleme schon in der Schwangerschaft beschrieben wurden.

#### 2. Ziele der Studie

Übergeordnetes Ziel ist die Schaffung eines Kompetenzzentrums für die psychotherapeutische sowie psychopharmakologische Versorgung von Frauen in Schwangerschaft, Stillzeit und früher Mutterschaft im Dresdner Raum. Dabei kann auf umfangreiche Erfahrungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Patientinnen mit psychischen Erkrankungen zurückgegriffen werden.

Wesentlicher Schwerpunkt ist dabei die wissenschaftliche Evaluation der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung von Frauen in

Schwangerschaft, Stillzeit und früher Mutterschaft. Dabei sollen psychische Belastungen und Störungen, Behandlungsverläufe, Risikofaktoren und -konstellationen, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie die Entwicklung der Kinder sorgfältig dokumentiert, individuelle Bedarfe festgestellt und handlungsleitende Erkenntnisse zur weiteren Verbesserung der Versorgung abgeleitet werden.

Bei der Notwendigkeit einer Therapie mit Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit soll die Einführung einer detaillierten Dokumentation, einer engmaschigen ärztlichen Betreuung und Blutspiegelkontrollen der verordneten Medikamente bei Mutter und Kind zu einer besseren Nutzen-Risiko-Abwägung einsetzbarer Medikamente bei schwangeren und stillenden Frauen führen.

### 3. Voraussetzungen zur Teilnahme an der Studie

Alle Frauen, die wegen einer seelischen Belastungssituation oder psychischen Erkrankung vor oder während einer Schwangerschaft oder im Zeitraum eines Jahres nach der Geburt eines Kindes ambulant, teilstationär oder stationär in der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik und/oder der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden psychotherapeutisch oder medikamentös betreut oder behandelt werden, können in die Studie eingeschlossen werden.

### 4. Studienablauf

Bei Studieneinschluss erfolgt eine standardisierte psychologische Diagnostik. Zusätzlich erfolgt eine detaillierte Erhebung des bisherigen individuellen Krankheitsverlaufes, der aktuellen Lebensumstände, der Schwangerschaft und des individuellen Schwangerschaftsverlaufes, der aufgetretenen psychischen Erkrankungen in der Familie, der bisherigen medikamentösen Pharmakotherapie und deren Verträglichkeit, sowie die Erhebung bisher aufgetretener körperlicher Erkrankungen und gegebenenfalls Informationen zur kindlichen Entwicklung, dessen Temperament und der Mutter-Kind-Bindung. Des Weiteren werden Informationen zur Zufriedenheit mit den Versorgungsangeboten erhoben. In Folgebefragungen werden der weitere individuelle Krankheitsverlauf, Informationen über den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt, Informationen zur (weiteren) kindlichen Entwicklung, dessen Temperament und der Mutter-Kind-Bindung erhoben.

Bei medikamentöser Therapie ist eine venöse Blutentnahme von ca. 7 ml EDTA-Blut für pharmakogenetische Untersuchungen vorgesehen. Falls die Patientin während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung Medikamente erhält, erfolgt zur Arzneistoffanalytik zusätzlich eine Blutentnahme (ca. 7ml Serum-Blut). In einzelnen Fällen sollte diese Blutentnahme aus Sicherheitsgründen, bei z.B. hohen Dosierungen von Medikamenten wiederholt werden. Die Serumspiegelkontrolle nach der Entbindung beim Kind findet frühestens 10 Tage nach Beginn des Stillens und nur bei Einwilligung der Mutter statt. Die Blutentnahme beim Kind wird von einem Kinderarzt durchgeführt (ca. 2 ml Serum-Blut). Durch diese entnommene Blutmenge entsteht kein gesundheitliches Risiko. Nebenwirkungen sind durch die venöse Blutentnahme in der Regel nicht zu erwarten. In manchen Fällen können kleinere Blutergüsse (Hämatome) an der Punktionsstelle entstehen, die erfahrungsgemäß nach kurzer Zeit wieder verschwinden. Andere Risiken der Blutentnahme wie Infektion, Thrombosierung oder die Verletzung von benachbartem Gewebe durch die Blutentnahmenadel sind bei einmaliger Blutentnahme sehr selten und



bei geschultem Personal so gut wie ausgeschlossen. In seltenen Fällen kann eine irreversible Schädigung eines Nervs entstehen, die dauerhafte Schmerzen, Lähmungserscheinungen und eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensführung nach sich ziehen kann. In einem ärztlichen Gespräch werden wir Sie noch einmal ausführlich über die Risiken einer Blutentnahme informieren und etwaige Fragen Ihrerseits beantworten. Die Blutentnahme kann im Rahmen von routinemäßig stattfindenden Blutuntersuchungen erfolgen, sodass in den allermeisten Fällen keine zusätzliche Venenpunktion nötig sein wird.

#### 5. Vorteile, Nachteile

Die umfassende psychologische Untersuchung verfolgt das Ziel einer sicheren diagnostischen Einschätzung der Beschwerden der Patientin. Daraus ergeben sich differenzierte Behandlungsempfehlungen, die durch Folgeuntersuchungen im Verlauf immer wieder angepasst werden können. Die psychische Gesundheit der Mutter sowie die frühe Entwicklung des Kindes können somit optimal unterstützt werden.

Die Bestimmung von genetischen Merkmalen bei medikamentöser Therapie bringt für die teilnehmende Patientin zunächst keinen direkten Vorteil, jedoch können die Ergebnisse zukünftig für Studienteilnehmer von Vorteil sein zur Beantwortung bestimmter klinischer Fragen (z.B. Ursache für Therapieresistenz, mögliche Nebenwirkungen der Medikation etc.). Daher wird Ihnen auf Wunsch nach Abschluss der Studie das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt. Eine ausführliche Beratung hinsichtlich der Bedeutung der Befunde für die Behandlung kann jedoch im Rahmen unserer Untersuchung nicht durchgeführt werden.

Die Bestimmung der Medikamentenspiegel geschieht für Patientin und Kind aus Sicherheitsgründen und stellt eine Standarduntersuchung bei der Gabe von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit dar. So können für die Mutter toxische Medikamentenspiegel erkannt werden, die bei Exposition des Kindes durch Stillen von entscheidender Bedeutung für die Reduktion oder das Absetzen eines Medikamentes sein können.

Nachteile entstehen dem Patienten durch die Untersuchung nur durch die allgemeinen Risiken einer Blutentnahme (s. oben). Die genetischen Proben werden direkt bei der Blutabnahme anonymisiert; die personenbezogenen Daten werden verschlüsselt. Ohne Kenntnis des Schlüssels sind Rückschlüsse auf die betreffende Person nicht möglich. Der Schlüssel ist nur den unten genannten Studienärzten bekannt. Eine zentrale Datei, die sowohl personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum) als auch das jeweilige Pseudonym und die Code-Nummer enthält, wird in Papierform unter Verschluss in den Räumen des Studienleiters aufbewahrt und ist nur den Studienärzten zugänglich. Die Studienärzte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Unbefugte Dritte (z.B. Krankenkasse, Arbeitgeber) erhalten keine Auskünfte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchungen.

#### 6. Umgang mit personenbezogenen Daten

Voraussetzung für die Durchführung der Studie ist die schriftliche Datenschutzeinwilligung, die die Studienteilnehmer vor Beginn der

Untersuchung erhalten. Die Gesetze des Datenschutzes werden für alle personenbezogenen Daten beachtet.

Alle im Rahmen der Studie erhobenen, personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert. Auch die Auswertung der Blutproben und Daten erfolgt entsprechend verschlüsselt. Der Schlüssel zur Re-Identifizierung wird in Papierform in einem verschlossenen Schrank in den Räumen des Studienleiters aufbewahrt und ist nur den beteiligten Studienärzten (siehe nächster Abschnitt) zugänglich. Die Ergebnisse der genetischen Untersuchung werden nur den Studienteilnehmern auf Wunsch mitgeteilt. Die Teilnehmer haben jederzeit das Recht auf Auskunft hinsichtlich der Befunde und können ferner jederzeit ihr Recht auf Widerspruch gegen die Weiterverarbeitung der Ergebnisse oder die Löschung der Daten geltend machen. Die Unterrichtung des Hausarztes über die Ergebnisse erfolgt nur auf der Grundlage einer ausdrücklichen Einwilligung des Studienteilnehmers.

Alle beteiligten Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergeben. Die Ergebnisse der Studie werden anonym publiziert, so dass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Studienteilnehmer möglich sind. Alle Studienunterlagen und Daten werden gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht 15 Jahre archiviert bzw. gespeichert und danach vernichtet bzw. gelöscht.

#### 7. Freiwilligkeit:

Sie haben jederzeit das Recht, Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie auch ohne Angaben von Gründen zu widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile für die weitere Behandlung entstehen. In diesem Fall werden Ihre erhobenen Daten gelöscht und Ihre Blutproben vernichtet.

#### 8. Verantwortliche Studienärzte:

##### **Ärztliche Leiterinnen der Studie (gleichberechtigt):**

PD Dr. med. habil. Kerstin Weidner  
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,  
Technische Universität Dresden,  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Tel. (0351) 458 2071  
Fax (0351) 458 5713  
E-mail:  
[Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de](mailto:Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de)

Dr. med. Johanna Sasse  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,  
Technische Universität Dresden,  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden  
Tel. (0351) 458 5789  
Fax (0351) 458 5396  
Email:  
[Johanna.Sasse@uniklinikum-dresden.de](mailto:Johanna.Sasse@uniklinikum-dresden.de)

##### **Mitarbeiter(innen) der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik:**

Dr. DP Antje Bittner, Psychologische  
Psychotherapeutin  
Dr. DP Juliane Junge-Hoffmeister,  
Psychologische Psychotherapeutin  
DP Michaela Galle, Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin  
Dr. med. Anne Coenen, Ärztin, Systemische  
Familientherapeutin

##### **Mitarbeiter(innen) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie:**

Prof. Dr. med. Andrea Pfennig, M.Sc.,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Dr. rer. nat. Karin Hoff, Psychologische  
Psychotherapeutin  
DP Marie Christine Dekoj, Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin

9. Ethisch rechtliche Grundlagen

Diese Studie wird unter der Berücksichtigung der Richtlinien der Deklaration von Helsinki zur biomedizinischen Forschung am Menschen in der revidierten Fassung von Hongkong, den Grundsätzen für die ordnungsgemäße Durchführung der klinischen Prüfung sowie den Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft durchgeführt.

Der Studienplan, nach dem diese Studie durchgeführt wird, wurde der zuständigen Ethikkommission zur Begutachtung vorgelegt.

10. Unterschriften

Um in die Studie aufgenommen werden zu können, müssen Sie die beigefügte Einwilligungserklärung unterschreiben und mit Datum versehen.

.....	.....
PD Dr. med. habil. K. Weidner	Ort, Datum
(Studienleiterin)	

.....	.....
Dr. med. J. Sasse	Ort, Datum
(Studienleiterin)	

Zuständiger Wissenschaftliche(r) Mitarbeiter(in):

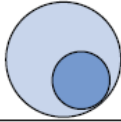
.....	.....
Name, Vorname	Ort, Datum

.....  
Telefon

.....  
Klinikanschrift / Stempel

**A2: Einverständniserklärung**

**Universitätsklinikum Carl Gustav Carus**



**Psychisch Gesund Für ZWEI**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus • Fetscherstr. 74 • 01307 Dresden

Dresden, den 01.03.2010



Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus Dresden  
an der Technischen  
Universität Dresden  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
des Freistaates Sachsen

Fetscherstraße 74  
01307 Dresden  
Telefon (0351) 458-0

Studententitel:

**„Psychisch Gesund Für ZWEI“**

- Evaluation der Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft, Stillzeit und Mutterschaft

Einwilligungserklärung der Studienteilnehmerin:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

- Ich bin durch die / den Studienmitarbeiter/in über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe außerdem die schriftliche Patientenaufklärung aufmerksam gelesen. Alle meine Fragen dazu wurden verständlich beantwortet. Ein Exemplar der Patientenaufklärung habe ich für meine Unterlagen erhalten.
- Ich bin damit einverstanden, dass psychologische Daten (im Interview und über Fragebögen) zu mir und meinem Kind erhoben werden und dass diese Daten in pseudonymisierter Form gespeichert, verarbeitet, ausgewertet und veröffentlicht werden.
- Im Falle einer medikamentösen Behandlung -
  - bin ich damit einverstanden, dass aus meinem Blut bzw. aus der Muttermilch Medikamenten-Spiegel erfasst werden.
  - bin ich damit einverstanden, dass meinem Kind zur Serumspiegelkontrolle von einem Kinderarzt Blut entnommen wird.
  - bin ich damit einverstanden, dass an aus meinem Blut gewonnenen - Genen, die mit einer psychischen Erkrankung während der Schwangerschaft bzw. Stillzeit und der Wirkung von Psychopharmaka in Zusammenhang stehen, in pseudonymisierter Form genetische Untersuchungen durchgeführt werden.
  - bin ich damit einverstanden, dass auch noch später, wenn im Verlauf der Studie neue Gene oder Genpolymorphismen detektiert werden, die in Verbindung mit der Entstehung oder dem Verlauf der psychischen Erkrankung stehen, Untersuchungen an meinen Proben durchgeführt werden.

Unterschrift

Unterschrift

Ich habe dem/der Patienten/in das Wesen, das Ziel, den Verlauf, die Vorteile und die Risiken der Studie „Begleitevaluation der Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft, Stillzeit und Mutterschaft“ erklärt. Ich versichere, gemäß der ärztlichen Schweigepflicht, die personenbezogenen Daten des/der Patienten/in nicht an Dritte weiterzugeben. Ich habe mich zur Beantwortung aller Fragen bereit erklärt und alle an mich gerichteten Fragen eingehend beantwortet. Ich gehe davon aus, dass der/die Patient/in meine Ausführungen vollständig verstanden hat und seine Zustimmung freiwillig gegeben hat.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
aufklärender Studienmitarbeiter

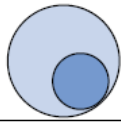
***Von Studienkoordinatorin auszufüllen:***

Code-Nummer der Patientin: pSSS-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Pseudonym: \_\_\_\_\_

## Anhang B

### B1: Aufnahmebogen



Psychisch Gesund Für ZWEI

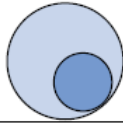
---

#### Patientendatenblatt

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Email</b>	
<b>Festnetz</b>	
<b>Mobiltelefon</b>	

*(Deckblatt Aufnahmebogen – vom Behandler auszufüllen, verbleibt in der Patientenakte)*





**Psychisch Gesund Für ZWEI**

Pseudonym: \_\_\_\_\_  
 Code-Nummer: pSSS - \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 (auszufüllen von Studienkoordinatorin)

## **AUFNAHMEBOGEN**

Aktuelles Datum: \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

### **A) AUFNAHMEDATEN**

#### **1. Patientendaten**

Geburtsdatum: _____	
Größe: _____	Gewicht: _____

#### **2. Status**

<input type="checkbox"/> Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Postpartal → Woche: _____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft → Woche: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

#### **3. Ärztliche / psychotherapeutische Kontaktdaten**

<input type="checkbox"/> <b>Psychiater</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Psychotherapeut</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Gynäkologe</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Pädiater</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Hebamme</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Hausarzt</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:
<input type="checkbox"/> <b>Andere:</b>	<input type="checkbox"/> Überweiser	Anschrift: Telefonnummer:

### **B) ANAMNESE**

#### **1. Vorstellungsgrund / aktuelle Symptomatik**




<b>Vegetative Symptomatik:</b>
<b>Eigenes Anliegen:</b>

**2. Krankheitsgeschichte und bisherige Behandlungsmaßnahmen**

Jahr	Anamnese / Art der Behandlung und deren Erfolg/ Adressen von bisherigen Behandlern

**3. Aktuelle Lebenssituation**

<b>Partnerschaft</b>  (inklusive Beziehungsqualität und Sexualität)	
<b>Berufliche Situation</b>	



## 5. Aktuelle Suizidalität

**5.1 Suizidgedanken:** ☐ nein ☐ ja, welche: \_\_\_\_\_

Kann sich Patient distanzieren: ☐ nein ☐ ja

**5.2 Suizidversuche:** ☐ nein ☐ ja, Methode(n): \_\_\_\_\_

## 6. Psychische Erkrankungen

### 6.1 Aktuelle Erkrankungsepisode

Diagnosen			seit... (Monat/Jahr)	vollremittiert	teilremittiert
	F _____		-- / ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F _____		-- / ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	F _____		-- / ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung	Z _____		-- / ----		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> medikamentös	<input type="checkbox"/> psychotherapeutisch <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch	

### 6.2 Frühere Psychische Krankheitsepisoden in der Anamnese

☐ keine ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ > 5

Diagnosen	von... ...bis (Monat/Jahr)	Remission	Behandlung	
			Setting	Art
F _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
F _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
F _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
F _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
F _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch
Z _____	-- / ---- -- / ----	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> medikamentös <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch

## 7. Somatische Diagnosen


## 8. Behandlungen

### 8. 1 Psychotherapie aktuell

- ☐ nein      ☐ ja, seit: \_\_\_\_\_
- ☐ Verhaltenstherapie  
☐ tiefenpsychologische / analytische PT  
☐ weiß nicht

### 8. 2 Bisherige ambulante psychotherapeutische Behandlungen

- ☐ 0      ☐ 1-2      ☐ 3-5      ☐ > 5

### 8. 3 Bisherige psychiatrische / psychosomatische / (teil-)stationäre Aufenthalte

- ☐ 0      ☐ 1-2      ☐ 3-5      ☐ > 5

### 8. 4 Gesamte Dauer psychotherapeutischer Behandlungen

- ☐ 0 Jahre      ☐ ½ ≤ 1 Jahr      ☐ 5 ≤ 10 Jahre  
☐ < ½ Jahr      ☐ 1 ≤ 5 Jahre      ☐ > 10 Jahre

### 8. 5 Psychopharmaka in der Vorgeschichte: ☐ ja      ☐ nein

### 8. 6 Gesamte Dauer der Einnahme von Psychopharmaka

- ☐ < ½ Jahr      ☐ 1 ≤ 5 Jahre      ☐ > 10 Jahre  
☐ ½ ≤ 1 Jahr      ☐ 5 ≤ 10 Jahre

### 8. 7 Absetzversuche

- ☐ ja, Anzahl: \_\_\_\_\_      ☐ nein

(genauere Erfassung der Medikamentenanamnese weiter hinten – nach Schwangerschaftsanamnese)

## 9. Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus

Einschätzung durch Behandler!

Code: 0-100 → Bitte auch entsprechende Zwischenwerte nutzen, z.B. 45, 68, 72

Code	Beschreibung	Wert
<b>100-91</b>	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum	
<b>90-81</b>	Gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, keine/minimale Symptome	
<b>80-71</b>	Höchstens leichte Beeinträchtigung in soz./berufl./schul. Leistung	
<b>70-61</b>	Leichte Symptome oder leichte Beeinträchtigung	
<b>60-51</b>	Mäßig ausgeprägte Symptome	
<b>50-41</b>	Ernste Symptome oder eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit	
<b>40-31</b>	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen	
<b>30-21</b>	Ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation u. des Urteilsvermögens	
<b>20-11</b>	Selbst- und Fremdgefährdung	
<b>20-1</b>	Anhaltende Unfähigkeit oder ernsthafter Selbstmordversuch	
<b>0</b>	Unzureichende Information	

**C) KINDERWUNSCH, SCHWANGERSCHAFT & GEBURT**

- ☐ Kinderwunsch  
☐ Schwanger  
☐ Postpartal  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**1. Gynäkologische Kinderwunschbehandlung**

- ☐ **nein**  
☐ **ja, und zwar:**
- |  |               |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Insemination                            | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> In-vitro-Fertilisation                  | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> intrazytoplasmatische Spermieninjektion | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                        | Anzahl: _____ |

**2. Aktuelle Schwangerschaft**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gewollt und geplant     | <b>Mehrlingsschwangerschaft:</b> |
| <input type="checkbox"/> gewollt aber ungeplant  |                                  |
| <input type="checkbox"/> ungewollt und ungeplant |                                  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____        |                                  |
- ☐ ja  
☐ nein

**Geburtsstermin (EET):** \_\_\_\_\_ **Konzeption:** ☐ Datum: \_\_\_\_\_  
☐ unbekannt

**2. 1 Komplikationen während der Schwangerschaft**

**a. Komplikationen mütterlicherseits**

- ☐ **nein**, Schwangerschaft verlief ohne besondere Komplikationen  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ Hyperemesis
  - ☐ Plazentaschwäche / -insuffizienz
  - ☐ zu tiefe Plazenta
  - ☐ Muttermundschwäche (Zervixinsuffizienz)
  - ☐ Eiweiß im Urin (Proteinurie)
  - ☐ erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
  - ☐ Wassereinlagerungen (Ödeme)
  - ☐ Schwangerschaftsgestose
  - ☐ Präeklampsie
  - ☐ HELLP-Syndrom
  - ☐ zu viel Fruchtwasser (Polyhydramnion)
  - ☐ zu wenig Fruchtwasser (Oligohydramnion)
  - ☐ intrauterine Infektionen, mit \_\_\_\_\_
  - ☐ Scheideninfektionen, mit \_\_\_\_\_
  - ☐ andere Infektionskrankheiten, mit \_\_\_\_\_
  - ☐ vorzeitige Wehentätigkeit
  - ☐ Blutungen
  - ☐ Abortgefahr
  - ☐ versuchte Schwangerschaftsunterbrechung
  - ☐ starkes Sodbrennen
  - ☐ starke Rückenschmerzen
  - ☐ Bauchkrämpfe
  - ☐ psychische Probleme in der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_
  - ☐ andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**b. Komplikationen kindlicherseits**

- ☐ **nein**, Schwangerschaft verlief vollkommen normal
- ☐ **ja, und zwar:**
- ☐ kindliche Wachstumsverzögerung
  - ☐ kindliche Fehlbildung
  - ☐ Blutgruppenunverträglichkeit
  - ☐ andere kindliche Auffälligkeiten, und zwar: \_\_\_\_\_

**2. 2 Klinikaufenthalte während der Schwangerschaft**

	Krankenhausaufenthalt		ursächliche Beschwerden	therapeutische Maßnahmen
	Aufnahme-Datum	Entlassungs-Datum		
1				
2				
3				

**2. 3 Pränataldiagnostik (neben den üblichen drei Ultraschalluntersuchungen)**

- ☐ Triple-Test
- ☐ Nackentransparenzmessung (First Trimester Screening)
- ☐ Fruchtwasseruntersuchung (Amnionzentese)
- ☐ Plazentauntersuchung (Chorionzottenbiopsie)
- ☐ Nabelschnurpunktion (Chordozentese)
- ☐ weiterführende Ultraschalluntersuchungen (z. B. Feindiagnostik)
- ☐ oraler Glukosetoleranztest
- ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_
- ☐ keine besonderen pränataldiagnostischen Untersuchungen

**3. Gynäkologische Anamnese**

**3. 1 Vorsorgeuntersuchungen (Gynäkologe, Hebamme, Krankenhaus)**

- ☐ regelmäßig                                      letzte gynäkologische Vorstellung am:
- ☐ unregelmäßig
- ☐ gar nicht    \_\_\_\_\_

**3. 2 Kontrazeption aktuell (Mehrfachantworten möglich)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Verhütungsmethoden<br><input type="checkbox"/> Kondome<br><input type="checkbox"/> Pille / Hormonring<br><input type="checkbox"/> Spirale | <input type="checkbox"/> Hormonspritze / Implantat<br><input type="checkbox"/> Aufpassen (Coitus interruptus)<br><input type="checkbox"/> Temperatur messen<br><input type="checkbox"/> andere Methoden, und zwar: _____ |
|--|--|

**3. 3 Schwangerschaftsabbrüche**

- ☐ ja, Anzahl: \_\_\_\_\_                      ☐ nein

	Jahr	SSW	Spezifikation*	* Spezifikation:	
1				1	Keine medizinische / psychosoziale Indikation
2				2	Abbruch aus medizinischer / psychosozialer Indikation
3				3	Abbruch aus medizinischer / psychosozialer Indikation
4					

### 3. 4 Fehlgeburten / Totgeburten

☐ ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ ☐ nein

	Jahr	SSW	Gewicht in g		Anzeichen (Blutungen, Wehentätigkeit, Gewe- beabgang, Schmerzen,...)
1			<input type="checkbox"/> < 500	<input type="checkbox"/> > 500	
2			<input type="checkbox"/> < 500	<input type="checkbox"/> > 500	
3			<input type="checkbox"/> < 500	<input type="checkbox"/> > 500	
4			<input type="checkbox"/> < 500	<input type="checkbox"/> > 500	

→ Schwangere/Kinderwunschpatientinnen weiter mit „5. Bereits vorhandene Kinder“

### 4. Geburt

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ ☐ frühzeitig (≤ 37. Woche)  
☐ übertragen (≥ 42. Woche)

**Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich

**Geburtsgewicht** \_\_\_\_\_ g ☐ normal ☐ unter 2500 g ☐ über 4500 g

**Größe** \_\_\_\_\_ cm **Kopfumfang** \_\_\_\_\_ cm

**APGAR** \_\_\_\_\_

**Art der Geburt** ☐ spontan  
☐ eingeleitet  
☐ geplante Sectio  
☐ medizinische Indikation: \_\_\_\_\_  
☐ Wunschkaiserschnitt  
☐ Notsectio

**Medizinische Besonderheiten während des Geburtsvorgangs** ☐ keine  
☐ ja, und zwar:

**Mütterlicherseits** ☐ Dammschnitt  
☐ Dammriss  
☐ Scheidenriss  
☐ Riss des Muttermundes  
☐ Wehensturm  
☐ Wehenschwäche  
☐ Geburtsstillstand  
☐ vorzeitige Plazentalösung  
☐ vorzeitiger Blasensprung

(Mehrfachantworten möglich)

☐ verspäteter Blasensprung  
☐ Nabelschnurvorfall  
☐ starke Blutungen in der Nachgeburtsperiode  
☐ Lösungsschwierigkeiten der Plazenta  
☐ mangelnde Kontraktion der Gebärmutter in der Nachgeburtsperiode  
☐ Zangengeburt  
☐ Vakuumextraktion  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kindlicherseits** ☐ keine  
☐ ja, und zwar:

(Mehrfachantworten möglich)

☐ Beckenendlage  
☐ Querlage  
☐ Saugglocke  
☐ Nabelschnurkomplikationen ☐ Sauerstoffmangel  
☐ pathologische Herztöne des Kindes  
☐ Armvorfall  
☐ grünes Fruchtwasser  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Komplikationen während der Neonatalperiode**

- ☐ **nein**  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ Ikterus mit Fototherapie / Blut-austausch
  - ☐ Krämpfe
  - ☐ Trinkschwierigkeiten
  - ☐ Brutkasten
  - ☐ Intensivmaßnahmen (Intubation, Beatmung, Schockbehandlung)
  - ☐ Geburtstrauma (Frakturen)
  - ☐ pathologische Blutchemie
  - ☐ lebensgefährdende Erkrankungen (Sepsis, Operation)
  - ☐ andere Störungen während Neonatalperiode?  
Welche? \_\_\_\_\_
  - ☐ Aufenthalt in der Intensivstation?  
☐ Nein  
☐ Ja, \_\_\_\_\_(Tage)

**Stillen**

**Schwangere & Frauen mit Schwangerschaftswunsch**

Stillwunsch: ☐ ja ☐ nein

**Postpartale Frauen**

Stillen: ☐ ja ☐ nein

**5. Bereits vorhandene Kinder**

☐ ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ ☐ nein

Kind	Geburtsdatum
1	
2	
3	
4	

**6. Institutionelle Unterstützung (jemals, auch für andere Kinder)**

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Familienhilfe <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> verlängerte Hebammenhilfe <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	von __ / __ bis __ / __ von __ / __ bis __ / __ von __ / __ bis __ / __ von __ / __ bis __ / __ von __ / __ bis __ / __ von __ / __ bis __ / __
-------------------------------	-----------------------------	---	--



3. Medikamentenanamnese						
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> internistische Medikation/Sonstiges	
<b>Medikation aktuell</b> <hr/>	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Beginn</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						

10

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> internistische Medikation / Sonstiges	
<b>Medikation 1. Trimenon</b> <hr/>	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Von...bis...</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Grund des Absetzens</b>						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> internistische Medikation / Sonstiges	

11

<b>Medikation 2. Trimenon</b> <hr/>	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetin <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
	<b>Dosierung</b>					
	<b>Indikation</b>					
	<b>Von...bis...</b>					
	<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)					
	<b>Grund des Absetzens</b>					
	<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>					

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> Internistische Medikation / Sonstiges
--------------------------------	---	---------------------------------------	--	---	--

12

<b>Medikation 3. Trimenon</b> <hr/>	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetin <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
	<b>Dosierung</b>					
	<b>Indikation</b>					
	<b>Von...bis...</b>					
	<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)					
	<b>Grund des Absetzens</b>					
	<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>					

13

**PROCEDERE**

<b>Diagnostik:</b>	<input type="checkbox"/> Labor: Routine & Schilddrüse & Vit B12		<input type="checkbox"/> EKG:	
	<input type="checkbox"/> Drogenscreening:		<input type="checkbox"/> Drug Monitoring:	
	<input type="checkbox"/> cMRT:		<input type="checkbox"/> Psychodiagnostik:	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<b>Medikation</b>	<b>Bisherige Medikation</b>		<b>Neue Empfehlung</b>	
	<b>Präparat</b>	<b>Dosierung</b>	<b>Präparat</b>	<b>Dosierung</b>
<b>Psychotherapie empfohlen</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> psychodynamische PT <input type="checkbox"/> sonstige: _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>			
<b>Institutionelle Unterstützung empfohlen</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Familienhilfe <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> verlängerte Hebammenhilfe <input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Einrichtung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>			
<b>Mutter-Kind-Behandlung indiziert</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Rooming In <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/> Ambulant <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>			
<b>Kurzbrief</b>	<input type="checkbox"/> ja, an: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>			
<b>Aufklärung</b>	<input type="checkbox"/> Patientin <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Angehörige</span>			
<b>Wiedervorstellung</b>	<input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <input type="checkbox"/> Aufnahme in PIA		Termin:	
<b>TO DO LISTE</b>				
<b>SCHWESTERN-KOMMENTAR</b>				

Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_

**B2: Evaluationsbogen**

**F) QUALITÄT DER BEHANDLUNGSANGEBOTE**

**1. Wie sind Sie auf unser Behandlungsangebot aufmerksam geworden?**

**Durch:**

- ☐ Hausarzt                      ☐ Gynäkologen                      ☐ Psychiater                      ☐ Psychotherapeut  
☐ Hebamme                      ☐ Internet                      ☐ Flyer                      ☐ Bekannte  
☐ Sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**2. Wie lange haben Sie auf den Ersttermin hier gewartet: \_\_\_\_\_ Wochen**

**3. Haben Sie zuvor andere Behandlungsangebote wahrgenommen?**

- ☐ Ja    ☐ Nein

**Wenn ja, welche?**

- ☐ Schwangerschaftsberatungsstellen                      ☐ Selbsthilfegruppe  
☐ Allgemeine Beratungsstellen                      ☐ psychiatrisch  
☐ ausführliche Beratung beim Frauenarzt                      ☐ psychotherapeutisch  
☐ Sonstiges, und zwar: \_\_\_\_\_

<b>4. Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen zustimmen...</b>	<b>stimme sehr zu</b>	<b>stimme zu</b>	<b>Stimme eher zu</b>	<b>stimme eher nicht zu</b>	<b>stimme nicht zu</b>	<b>stimme überhaupt nicht zu</b>
Ich fühle mich über meine Erkrankung gut informiert.	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich in den Gesprächen wohl.	1	2	3	4	5	6
Ich habe Vertrauen zu der behandelnden Person.	1	2	3	4	5	6
Die Behandlerin hat sich für mich Zeit genommen.	1	2	3	4	5	6
Ich bin mit den bisherigen Angeboten der Ambulanz zufrieden.	1	2	3	4	5	6
Ich würde die Einrichtung an meine beste Freundin weiterempfehlen, wenn sie ähnliche Probleme hätte.	1	2	3	4	5	6
Durch die Beratung in der Ambulanz hatte ich ausreichend Informationen über weitere Unterstützungs- und Behandlungsangebote	1	2	3	4	5	6

**5. Was hat Ihnen gut gefallen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Was sind Kritikpunkte?**

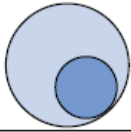
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. Welche Note würden Sie der bisherigen Betreuung insgesamt geben : \_\_\_\_\_**

### B3: Verlaufsbogen



Psychisch Gesund Für ZWEI

#### VERLAUFSBOGEN

Aktuelles Datum: \_\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

#### A) ALLGEMEINE DATEN

##### 1. Patientendaten

Pseudonym: \_\_\_\_\_

Code-Nummer: pSSS - \_\_\_\_\_

(auszufüllen von Studienkoordinatorin)

##### Follow-UP-Einordnung:

###### Einschluss Postpartal:

☐ altes Design und zwar: \_\_\_\_\_

☐ T2x (6 Monate nach Einschluss)

###### Einschluss Schwanger:

☐ T0 im 1. / 2. Trimenon

☐ T0 im 3. Trimenon

Follow-Up:

Datum:

☐ T1 - 3. Trimenon \_\_\_\_\_

☐ T2 - 6 Wochen PP \_\_\_\_\_

☐ T3 - 6 Monate PP \_\_\_\_\_

☐ T4 - 12 Monate PP \_\_\_\_\_

☐ T2x Versorgungs-FU \_\_\_\_\_

##### 2. Status

☐ **Schwanger** → Woche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ . Trimenon

###### **zur letzten Befragung:**

☐ Kinderwunsch

☐ Schwanger

☐ **Postpartal** → Woche: \_\_\_\_\_

oder → Monat: \_\_\_\_\_

###### **zur letzten Befragung:**

☐ Schwanger

☐ Postpartal

☐ **sonstiges:** \_\_\_\_\_

### 3. Behandlungen

**Falls 1. FU weiter mit 3.1 // Falls 2./3./4. FU zu extra Blatt nächste Seite springen**

#### 3.1 Erstkontakt über: (**!!! Erstkontakt gilt ab 15.3.2010!!!, bitte nachfragen, wenn Studienein-schluss über TK oder Station, ob vorher in Ambulanz**)

☐ Ambulanz PSO ☐ Ambulanz PSY ☐ MK-TK (PSO) ☐ Station (PSY)

→ bei Einschluss über eine der Ambulanzen:

#### 3.2 Anzahl der Termine in der ambulanten Spezialsprechstunde

☐ 1 ☐ 2 – 3 ☐ 4 – 6 ☐ 7 – 10 ☐ mehr als 10

#### 3.3 Zufriedenheit mit der Anzahl der angebotenen Termine

☐ zu wenig ☐ genau richtig ☐ zu viele

#### 3.4 Art der Beratung / Behandlung (Mehrfachnennung möglich)

☐ medikamentös ☐ psychotherapeutisch

→ bei Einschluss über MK-TK oder Station:

#### 3.5 Dauer der Behandlung (in Wochen)

☐ ≤1 ☐ 2 – 3 ☐ 4 – 6 ☐ 7 – 10 ☐ mehr als 10

#### 3.6 Zufriedenheit mit der Dauer der Behandlung

☐ zu kurz ☐ genau richtig ☐ zu lang

#### 3.7 Art der Behandlung (Mehrfachnennung möglich)

☐ medikamentös ☐ psychotherapeutisch

#### 3.8 Vermittlung / Empfehlung in weitere Angebote (Mehrfachnennung möglich)

☐ nein

☐ ja und zwar:

- ☐ ambulante Psychotherapie in Spezialsprechstunde
- ☐ medikamentöse Behandlung in Spezialsprechst.
- ☐ ambulante Psychotherapie bei niedergelassenem Therapeuten
- ☐ medikamentöse Behandlung bei niedergelassenem Arzt
- ☐ stationäre Behandlung
  - ☐ PSO UKD ☐ PSY UKD ☐ anderes: \_\_\_\_\_
- ☐ teilstationäre Behandlung
  - ☐ PSO UKD ☐ PSO MK-TK ☐ PSY UKD
  - ☐ anderes: \_\_\_\_\_
- ☐ erweiterte Hebammenhilfe
- ☐ Haushalthilfe
- ☐ Unterstützung durch das Jugendamt: \_\_\_\_\_

#### 3.9 Zufriedenheit mit den Empfehlungen der Ambulanz

☐ keine Empfehlungen erhalten

☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

#### 3.10 Unterstützung bei der Suche nach weiteren Angeboten (Mehrfachnennung mögl.)

- ☐ keine ☐ Telefonat mit dem Weiterbehandler
- ☐ Beratung zu den Angeboten ☐ Terminvereinbarung beim Weiterbehandler
- ☐ Adressen/Informationen erhalten ☐ anderes: \_\_\_\_\_

#### 3.11 Zufriedenheit mit der Unterstützung nach weiteren Angeboten

☐ keine Empfehlungen für weitere Angebote erhalten

☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

**Weiter für 2./3./4. FU**

**Waren Sie seit der letzten Befragung noch einmal im Uniklinikum zur Behandlung/ Beratung?**

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, weiter mit 3.1

**3. 1 seit letzter Befragung in Behandlung / Beratung**

- ☐ Ambulanz PSO ☐ Ambulanz PSY ☐ MK-TK (PSO) ☐ Station (PSY)

**3. 2 Vermittlung / Empfehlung in weitere Angebote seit dem letzten Termin in der Studie (Mehrfachnennung möglich)**

- ☐ nein
- ☐ ja und zwar:
- ☐ ambulante Psychotherapie in Spezialsprechstunde
  - ☐ medikamentöse Behandlung in Spezialsprechst.
  - ☐ ambulante Psychotherapie bei niedergelassenem Therapeuten
  - ☐ medikamentöse Behandlung bei niedergelassenem Arzt
  - ☐ stationäre Behandlung
    - ☐ PSO UKD ☐ PSY UKD ☐ anderes: \_\_\_\_\_
  - ☐ teilstationäre Behandlung
    - ☐ PSO UKD ☐ PSO MK-TK ☐ PSY UKD
    - ☐ anderes: \_\_\_\_\_
  - ☐ erweiterte Hebammenhilfe
  - ☐ Haushalthilfe
  - ☐ Unterstützung durch das Jugendamt: \_\_\_\_\_

**3. 3 Zufriedenheit mit den Empfehlungen der Ambulanz**

- ☐ keine Empfehlungen erhalten
- ☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

**3. 4 Unterstützung bei der Suche nach weiteren Angeboten (Mehrfachnennung mögl.)**

- ☐ keine ☐ Telefonat mit dem Weiterbehandler
- ☐ Beratung zu den Angeboten ☐ Terminvereinbarung beim Weiterbehandler
- ☐ Adressen/Informationen erhalten ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**3. 5 Zufriedenheit mit der Unterstützung nach weiteren Angeboten**

- ☐ keine Empfehlungen für weitere Angebote erhalten
- ☐ sehr zufrieden ☐ eher zufrieden ☐ eher unzufrieden ☐ sehr unzufrieden

**Weiter für alle:**

**3. 12 Wahrgenommene Angebote seit letztem Erhebungszeitpunkt** (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ keine
- ☐ ambulante Psychotherapie in Spezialsprechstunde  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Anzahl der Termine: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ medikamentöse Behandlung in Spezialsprechstunde  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Anzahl der Termine: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ ambulante Psychotherapie bei niedergelassenem Therapeuten  
☐ VT ☐ TP / PA ☐ weiß nicht  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Anzahl der Termine: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ medikamentöse Behandlung bei niedergelassenem Arzt  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ stationäre Behandlung  
☐ PSO UKD ☐ PSY UKD ☐ anderes: \_\_\_\_\_  
☐ Psychotherapie ☐ medikamentöse Behandlung  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ teilstationäre Behandlung  
☐ PSO UKD ☐ PSO MK-TK ☐ PSY UKD  
☐ anderes: \_\_\_\_\_  
☐ Psychotherapie ☐ medikamentöse Behandlung  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ Bei: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ erweiterte Hebammenhilfe  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ Haushalthilfe  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden
- ☐ Unterstützung durch das Jugendamt: \_\_\_\_\_  
 Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_  
 Wartezeit: \_\_\_\_\_ Wochen / Monate (zutreffendes unterstreichen)  
 Zufriedenheit: unzufrieden – eher unzufrieden – eher zufrieden – zufrieden



**3.13. Ausmaß der Verbesserung oder Verschlechterung der psychischen, seelischen oder psychosomatischen Beschwerden im Vergleich zum Beginn der Behandlung**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Veränderung       | <input type="checkbox"/> etwas verschlechtert         |
| <input type="checkbox"/> sehr deutlich gebessert | <input type="checkbox"/> deutlich verschlechtert      |
| <input type="checkbox"/> deutlich gebessert      | <input type="checkbox"/> sehr deutlich verschlechtert |
| <input type="checkbox"/> etwas gebessert         |   |

**B) SCHWANGERSCHAFT & GEBURT**

Aktueller Status:

- ☐ Schwanger (*weiter mit 1 Schwangerschaft.*)  
☐ Postpartal

Status zur letzten Untersuchung:

- ☐ Schwanger (→ *weiter mit 1 Schwangerschaft*)  
☐ Postpartal (→ *weiter ab der Frage „Wochenbettbettkomplikationen der Mutter“*)

**auf Seite 7)**

- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**1. Schwangerschaft**

**1.1 Geburtstermin (EET):** \_\_\_\_\_

**1.2 Stillwunsch:** ☐ ja ☐ nein

**1.3 Komplikationen während der Schwangerschaft** (*alle aufgetretenen seit der letzten Befragung*)

**a. Komplikationen mütterlicherseits**

- ☐ **nein**, Schwangerschaft verlief ohne besondere Komplikationen  
☐ **ja, und zwar:**  
☐ Hyperemesis  
☐ Plazentaschwäche / -insuffizienz  
☐ zu tiefe Plazenta  
☐ Muttermundschwäche (Zervixinsuffizienz)  
☐ Eiweiß im Urin (Proteinurie)  
☐ erhöhter Blutdruck (Hypertonie)  
☐ Wassereinlagerungen (Ödeme)  
☐ Schwangerschaftsgestose  
☐ Präeklampsie  
☐ HELLP-Syndrom  
☐ zu viel Fruchtwasser (Polyhydramnion)  
☐ zu wenig Fruchtwasser (Oligohydramnion)  
☐ intrauterine Infektionen, mit \_\_\_\_\_  
☐ Scheideninfektionen, mit \_\_\_\_\_  
☐ andere Infektionskrankheiten, mit \_\_\_\_\_  
☐ vorzeitige Wehentätigkeit  
☐ Blutungen  
☐ Abortgefahr  
☐ versuchte Schwangerschaftsunterbrechung  
☐ starkes Sodbrennen  
☐ starke Rückenschmerzen  
☐ Bauchkrämpfe  
☐ psychische Probleme in der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_  
☐ andere Beschwerden: \_\_\_\_\_

**b. Komplikationen kindlicherseits**

- ☐ **nein**, Schwangerschaft verlief / verläuft vollkommen normal  
☐ **ja, und zwar:**  
☐ kindliche Wachstumsverzögerung  
☐ kindliche Fehlbildung

- ☐ Blutgruppenunverträglichkeit  
☐ andere kindliche Auffälligkeiten, und zwar: \_\_\_\_\_

**1.4 Klinikaufenthalte während der Schwangerschaft** (seit der letzten Befragung) ☐ keine

	Krankenhausaufenthalt		ursächliche Beschwerden	therapeutische Maßnahmen
	Aufnahme-Datum	Entlassungs-Datum		
1				
2				
3				

**1.5 Pränataldiagnostik (neben den üblichen drei Ultraschalluntersuchungen)** (seit der letzten Befragung)

- ☐ Triple-Test  
☐ Nackentransparenzmessung (First Trimester Screening)  
☐ Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese)  
☐ Plazentauntersuchung (Chorionzottenbiopsie)  
☐ Nabelschnurpunktion (Chordozentese)  
☐ weiterführende Ultraschalluntersuchungen (z. B. Feindiagnostik)  
☐ oraler Glukosetoleranztest  
☐ sonstiges: \_\_\_\_\_  
☐ keine besonderen pränataldiagnostischen Untersuchungen

**1.7 Vorsorgeuntersuchungen** (Gynäkologe, Hebamme, Krankenhaus)

- ☐ regelmäßig  
☐ unregelmäßig  
☐ gar nicht
- letzte gynäkologische Vorstellung am: \_\_\_\_\_

**1.8 Kontrazeption aktuell** (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ keine Verhütungsmethoden  
☐ Kondome  
☐ Pille / Hormonring  
☐ Spirale
- ☐ Hormonspritze / Implantat  
☐ Aufpassen (Coitus interruptus)  
☐ Temperatur messen  
☐ andere Methoden, und zwar: \_\_\_\_\_

→ Schwangere weiter mit „4. Medikamentenanamnese“

**2. Geburt**

- Geburtsdatum** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ☐ frühzeitig ( $\leq 37$ . Woche)  
☐ übertragen ( $\geq 42$ . Woche)
- Geschlecht** ☐ männlich ☐ weiblich
- Geburtsgewicht** \_\_\_\_\_ g ☐ normal ☐ unter 2500 g ☐ über 4500 g
- Größe** \_\_\_\_\_ cm **Kopfumfang** \_\_\_\_\_ cm
- APGAR** \_\_\_\_
- Art der Geburt**  
☐ spontan  
☐ eingeleitet  
☐ geplante Sectio  
☐ medizinische Indikation: \_\_\_\_\_  
☐ Wunschkaiserschnitt  
☐ Notsectio

**Medizinische Besonderheiten während des Geburtsvorgangs**

**Mütterlicherseits**

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ **keine**  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ Dammschnitt
  - ☐ Dammriss
  - ☐ Scheidenriss
  - ☐ Riss des Muttermundes
  - ☐ Wehensturm
  - ☐ Wehenschwäche
  - ☐ Geburtsstillstand
  - ☐ vorzeitige Plazentalösung
  - ☐ vorzeitiger Blasensprung

- ☐ verspäteter Blasensprung
- ☐ Nabelschnurvorfal
- ☐ starke Blutungen in der Nachgeburtsperiode
- ☐ Lösungsschwierigkeiten der Plazenta
- ☐ mangelnde Kontraktion der Gebärmutter in der Nachgeburtsperiode
- ☐ Zangengeburt
- ☐ Vakuumextraktion/Saugglocke
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kindlicherseits**

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ **keine**  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ Beckenendlage
  - ☐ Querlage
  - ☐ Saugglocke (oben eintragen)

- ☐ Nabelschnurkomplikationen
- ☐ Sauerstoffmangel
- ☐ pathologische Herztöne des Kindes
- ☐ Armvorfall
- ☐ grünes Fruchtwasser
- ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Komplikationen während der Neonatalperiode/ direkt nach der Geburt**

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ **nein**  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ Ikterus/Gelbsucht mit Fototherapie / Blutaustausch (bitte unterstreichen)
  - ☐ Krämpfe
  - ☐ Trinkschwierigkeiten
  - ☐ Brutkasten
  - ☐ Intensivmaßnahmen (Intubation, Beatmung, Schockbehandlung)
  - ☐ Geburtstrauma (Frakturen)

- ☐ pathologische Blutchemie
- ☐ lebensgefährdende Erkrankungen (Sepsis, Operation)
- ☐ andere Störungen während Neonatalperiode?
- Welche? \_\_\_\_\_
- ☐ Aufenthalt in der Intensivstation?
- ☐ Nein
- ☐ Ja, \_\_\_\_\_(Tage)

**\*Ab hier weiter für postpartal eingeschlossene Frauen**

**\* Wochenbett-komplikationen der Mutter**

(Mehrfachantworten möglich)

- ☐ **nein**  
☐ **ja, und zwar:**
- ☐ starke Schmerzen von Geburtsverletzungen
  - ☐ Infektionen von Geburtsverletzungen
  - ☐ andere Infektionen: \_\_\_\_\_
  - ☐ Störungen der Gebärmutterrückbildung
  - ☐ Brustdrüsenentzündungen
  - ☐ Blutungen
  - ☐ sonstiges: \_\_\_\_\_
  - ☐ Störungen des Milchflusses
  - ☐ Thrombose

**Klinikaufenthalte der Mutter nach der Geburt** ☐ ja ☐ nein

	Krankenhausaufenthalt		ursächliche Beschwerden	therapeutische Maßnahmen
	Aufnahme-Datum	Entlassungs-Datum		
1				
2				
3				

☐ ja ☐ nein

- ☐ Herzfehler
- ☐ Lungenerkrankungen
- ☐ Stoffwechsel
- ☐ genetischer Defekt
- ☐ Fußdeformitäten
- ☐ sonstige: \_\_\_\_\_
- ☐ verengter „Magenpförtner“  
(Pylorusstenose)
- ☐ Fehlbildungen der Speiseröhre
- ☐ Fehlbildungen des Gehirns /  
Rückenmarks /z.B. Spina bifida)
- ☐ keine

	Krankenhausaufenthalt		ursächliche Beschwerden	therapeutische Maßnahmen
	Aufnahme- Datum	Entlassungs- Datum		
1				
2				
3				

Stillen: ☐ ja, voll ☐ ja und Zufüttern seit: \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Wochen  
☐ nein Wenn „nein“: abgestellt seit wann: \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Wochen

**Stillschwierigkeiten - aktuelle oder frühere?** (Mehrfachantworten möglich)

### Bestehen aktuell noch Stillprobleme?

146

4. Medikamentenanamnese						
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> internistische Medikation/Sonstiges	
<b>4. 1</b> <b>Medikation aktuell</b>    	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Beginn</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						

<i>Nur wenn noch nicht erhoben und keine Veränderungen! – nicht für Frauen, die bei letzter Befragung schon postpartal waren!</i>						
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> internistische Medikation/Sonstiges	
<b>4. 2</b> <b>Medikation</b> <b>1. Trimenon</b>    	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Beginn</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						

**Nur wenn noch nicht erhoben und keine Veränderungen! – nicht für Frauen, die bei letzter Befragung schon postpartal waren!**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	Benzodiazepine	internistische Medikation/Sonstiges	
<b>4. 3</b> <b>Medikation</b> <b>2. Trimenon</b>    	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Beginn</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						

**Nur wenn noch nicht erhoben und keine Veränderungen! – nicht für Frauen, die bei letzter Befragung schon postpartal waren!**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/> Neuroleptika	<input type="checkbox"/> Mood Stabilizer	Benzodiazepine	internistische Medikation/Sonstiges	
<b>4. 4</b> <b>Medikation</b> <b>3. Trimenon</b>    	<input type="checkbox"/> Amitriptylin <input type="checkbox"/> Citalopram <input type="checkbox"/> Clomipramin <input type="checkbox"/> Doxepin <input type="checkbox"/> Duloxetine <input type="checkbox"/> Escitalopam <input type="checkbox"/> Fluvoxamin <input type="checkbox"/> Fluoxetin <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Maprotilin <input type="checkbox"/> Mirtazapin <input type="checkbox"/> Nortriptylin <input type="checkbox"/> Paroxetin <input type="checkbox"/> Reboxetin <input type="checkbox"/> Sertralin <input type="checkbox"/> Trimipramin <input type="checkbox"/> Venlafaxin <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Amisulprid <input type="checkbox"/> Aripiprazol <input type="checkbox"/> Clozapin <input type="checkbox"/> Olanzapin <input type="checkbox"/> Perazin <input type="checkbox"/> Promethazin <input type="checkbox"/> Quetiapin <input type="checkbox"/> Risperidon <input type="checkbox"/> Imipramin <input type="checkbox"/> Ziprasidon <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lithium <input type="checkbox"/> Lamotrigin <input type="checkbox"/> Carbamazepin <input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Zolpidem <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Prednisolon <input type="checkbox"/> L-Thyroxin <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Baldrian <input type="checkbox"/> Esomeprazol <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Dosierung</b>						
<b>Indikation</b>						
<b>Beginn</b>						
<b>Wirksamkeit</b> (1: keine Wirkung bis 5: sehr gut)						
<b>Unerwünschte Nebenwirkungen</b>						

### **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Personen bedanken, ohne die das Zustandekommen des Modellprojektes "Psychisch gesund für Zwei" und der resultierenden Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Mein besonderer Dank richtet sich an meine Doktormutter und Projektleiterin Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner für die Möglichkeit, meine Dissertation im Modellprojekt zu schreiben, für die fortwährende Unterstützung meiner wissenschaftlichen Unternehmungen und Betreuung sowie Begutachtung meiner Arbeit.

Dr. Antje Bittner hat mich als Betreuerin meiner Arbeit während der gesamten Zeit fachlich bestens unterstützt. Sie hatte stets ein offenes Ohr für die Anliegen meiner Arbeit und stand mir mit hilfreichen Ratschlägen zur Seite. Vielen herzlichen Dank dafür und auch vielen Dank für die unerschütterliche mentale Unterstützung!

Ohne das gesamte Projektteam „Modellprojekt Psychisch gesund für Zwei“ wäre diese Arbeit nicht entstanden. Ich danke insbesondere Dr. Juliane-Junge-Hoffmeister, Dr. Anne Coenen, Dr. Ilka Lennertz und unsere Studentischen Hilfskräfte, durch deren Mitwirkung die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen, die umfassende Datenerhebung und Datenaufbereitung möglich waren.

Ein herzliches Dankeschön an alle Probandinnen, ohne deren Teilnahme meine Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Danke!

Ein großes Dankeschön gilt ebenso meiner Familie; meinem Partner und meinen Freunden für die großartige Unterstützung während der gesamten Zeit.